

اضطراب المسلك

الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج

تأليف

أ.د. مجدي محمد الدسوقي

استاذ الصحة النفسية

رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية

كلية التربية النوعية - جامعة المنوفية



جهوانا
للنشر والتوزيع

دار
المسلك
للنشر والتوزيع

اضطراب المسلك

(الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج)

أ.د / مجدى محمد الدسوقي

أستاذ الصحة النفسية

رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية

كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

اسم الكتاب : اضطراب المسلك (الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج)
إعداد : أ.د/ مجدى محمد الدسوقي

الموزع : دار العلوم للنشر والتوزيع



العنوان : 29 شارع 9 - المعادى

ت : 02/2359318

ت : 01226122212

البريد الإلكتروني
daralaloom@hotmail.com

الموقع الإلكتروني
www:dareloloom.com

الناشر : دار جوانا للنشر والتوزيع



العنوان : 99 أبراج الأمل

اللاوتسترا - المعادى

ت : 01003182615

البريد الإلكتروني
Dargwana2050@yahoo.com

رقم الإيداع : 2014/25694
الترقيم الدولى : 9789776469099

الدسوقي، مجدى محمد
اضطراب المسلك : (الأسباب - التشخيص -
الوقاية والعلاج) / مجدى محمد الدسوقي - القاهرة :
دار جوانا للنشر والتوزيع / 2014

ص ، سم

تدملك 9789776469099

1- الاضطرابات النفسية

2- السلوك (علم النفس)

أ- العنوان

157،7

طبعة 2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي يُرْسِلُ الرِّيَّاحَ
وَيُنَزِّلُ الْمَطَرَ
وَالَّذِي يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ
وَيُخَوِّدُ مَا يَشَاءُ
وَيُغْنِي عَنِ الْغِنَى
وَالَّذِي يُغْنِي عَنِ الْغِنَى
وَالَّذِي يُغْنِي عَنِ الْغِنَى

الإهداء

**إلى أبنائي سلمى ، وسالي ، ويوسف
النور الذي يضيء لي في دياجير الظلام
حفظكم الله وجعلكم ذكرى وامتداداً**

مقدمة الكتاب

الحمد لله ، نحمده ونستغفره ، ونتوب إليه ، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا ، فمن يهده الله فلا مضل له ، ومن يضلل فلا هادي له ، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له وأشهد أن محمداً عبده ورسوله ، خاتم الأنبياء والمرسلين الذي أرشد البشرية وهداهم إلى الصراط المستقيم صلى الله عليه وسلم تسليماً كثيراً .

وبعد ،

يُعد اضطراب المسلك اضطراباً من بين ثلاثة اضطرابات للسلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorders والاضطرابان الآخران هما : اضطراب العناد والتحدي (Oppositional Defiant Disorder (ODD، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD ، وكما هو موضح في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) فإن اضطراب المسلك يوحى بوجود اضطراب خارجي حاد يتضمن سلوكيات عدوانية خطيرة وسلوكيات مضادة للمجتمع كالقتال أو المشاجرة والقسوة والسرقة بالإكراه والإجبار علي ممارسة النشاط الجنسي وإشعال الحرائق والخداع والهروب من المدرسة ، وغير ذلك من الانتهاكات للقواعد ، ويصف السلوك المعادي للمجتمع الأعمال أو التصرفات المخالفة لقواعد المجتمع وحقوق الآخرين ، ويمكن أن يؤدي السلوك المعادي للمجتمع الذي يرتكبه المراهق والذي يخالف القانون إلى الاحتكاك برجال الشرطة وفي هذه الحالة فإن اضطراب المسلك يمثل سلوكاً معادياً للمجتمع ، وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً بين الذكور ، بينما الإناث أو المراهقات اللاتي لديهن اضطراب المسلك عرضة لتكوين صداقات مع شركاء لديهن مشكلات متشابهة ، وسوء

استخدام المادة ، والتسرب من المدرسة وبالتالي فإنه من المهم أن نقوم بتحديد اضطراب المسلك وأن تبدأ التدخلات العلاجية مبكراً ، كما أن هذا الاضطراب شائع أو سائد في المجتمع وفي عيادات الطب النفسي ويُعد شكلاً حاداً ومعقداً للحالة المرضية النفسية التي تظهر في أوجه نقص متعددة في سلسلة من مجالات الأداء الوظيفي ، وحوالي ٤٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك عندما يصلون إلى البلوغ يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، واضطراب المسلك هو أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في مرحلة الطفولة فمعدل الانتشار يصل إلى حوالي ٥% تقريباً ، وهو من أكثر الأسباب شيوعاً لتحويل الأطفال لعيادات العلاج النفسي .

ويرتبط باضطراب المسلك ببعض المتغيرات مثل العدوان Aggression والعنف Violence ، ويعرف العدوان على أنه سلوك مدمر موجه نحو الخارج ينتج عن النقاء أو تجمع لعوامل طويلة الأجل على سبيل المثال عوامل بيولوجية وسيكولوجية وشخصية وأسرية والأقران والمدرسة والمجتمع ، وتأثيرات قصيرة الأجل مثل الغضب والضجر أو الملل ، أما العنف فهو شكل خاص من أشكال العدوان الظاهر والقصدي يستخدم القوة البدنية مثل الضرب والركل والخنق واستخدام السلاح والإجبار على ممارسة الجنس والرمي أو القذف بالأشياء .

والنظريات التي تتعلق بأسباب الاضطراب تشمل الأسلوب الوالدي غير الفعال على سبيل المثال أسلوب التأديب العنيف ، والاشتراك المنخفض للوالدين في الأنشطة المدرسية ، والمراقبة المنخفضة أو الضعيفة ، والعوامل الأسرية مثل النزاع بين الزوجين والاكتئاب وسوء استخدام المادة والسلوك

الإجرامي لدى الوالدين ، وعوامل المخاطرة البيولوجية والإنمائية للطفل مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأوجه العجز في التعلم أو البطء في النمو اللغوي ، وعوامل المخاطرة في المدرسة على سبيل المثال استخدام المعلمين لاستراتيجيات رديئة في إدارة الفصل وارتفاع كثافة الفصول والتعامل أو المشاركة المنخفضة للمعلمين مع الوالدين ، وعوامل المخاطرة المتعلقة بالرفاق والمجتمع مثل العنف والعصابات .

ويرتبط اضطراب المسلك بدرجة كبيرة بمضامين طويلة الأمد وذلك فيما يتعلق بالمخاطرة المتزايدة لمشكلات أخرى في الصحة النفسية مثل سوء استخدام المادة ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وبالإضافة . . . ذلك فإن الأسرة والمجتمع بأسره يتأثران بسلوك الشباب المضطرب سلوكياً ؛ لذلك يجب أن تتضافر الجهود لإعداد برامج تعاونية من أجل الوقاية ومن أجل التدخل العلاجي .

ويتألف الكتاب من أحد عشر فصلاً على النحو التالي :

- الفصل الأول : يتناول مفهوم وخصائص الاضطراب .
- الفصل الثاني : يتناول مسار الاضطراب وسياق نموه .
- الفصل الثالث : يتناول تشخيص الاضطراب .
- الفصل الرابع : يتناول أسباب الاضطراب .
- الفصل الخامس : يتناول التدخل العلاجي .
- الفصل السادس : يتناول اضطراب العناد والتحدي .
- الفصل السابع : يتناول التدخلات الوقائية .
- الفصل الثامن : يتناول العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي .

الفصل التاسع : يتناول علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي وتعزيز الكفاءة النفسية والاجتماعية للأطفال .

الفصل العاشر : يتناول الارتباط التتموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

الفصل الحادي عشر : يتناول التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك .

وأسأل الله سبحانه وتعالى أن أكون بهذا الجهد العلمي المتواضع قد أسهمت في إثراء المكتبة المصرية والعربية في علم النفس والصحة النفسية ، وأن أسهم في تمهيد الطريق أمام صغار الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، ويسعى كل مؤلف لأن يقدم عملاً متكاملًا ويأمل ذلك باستمرار ولكنه منذ اللحظة التي ينتهي فيها من إعداد الكتاب يشعر أنه مازال بعيداً عن الهدف وكأنه لم يبدأ بعد فبدأ مرة أخرى من جديد يتابع ما انتهى إليه منقحاً ومضيفاً وهنا يصبح للسعي معنى وللعمل متعة لا يستقر له قرار ولا يرتوي من نبع واحد ؛ فالوصول إلى ذلك غاية تُشَدُّ ومستقر ينتهي والعلم ليس له نهاية .

وفي النهاية ... اللهم إلي بذلت قدر جهدي ما استطعت ، واستغفرت من طاقتي ما أدركت ، وتوكلت عليك سبحانه فيما كتبت ، فإن كنت وصلت إلى الصواب فيما ذهبت إليه فالمنة والفضل منك ، وإن كان هناك خطأ أو نقص في جانب من جوانب هذا الكتاب أو لم يجد القارئ أو الباحث ضالته المنشودة فالعيب مني ، وحسبي أنني بشر سعت وقدمت ما أتاحت

قدراتي في قالب رأيت أنه المفيد من وجهة نظري فأخطأت
وأصبت ، وأمل لموضوعات هذا العمل العلمي المتواضع أن
تثير التساؤلات أكثر من أن تجيب عنها وهكذا يتطور
العلم ، وفي النهاية اللهم إني أتوجه إليك بالرجاء والدعاء أن
يكون هذا العمل العلمي خالصاً لوجهك الكريم وأن تنفعني به ،
وأن ينتفع به القارئ والباحث .

اللهم علمني ما ينفعني ، وانفعني بما علمتني ، وزدني علماً

والله الموفق ،،،

دكتور

مجدي محمد الدسوقي

شبين الكوم في : ٢ / ٥ / ٢٠١٣م

الفصل الأول

مفهوم وخصائص الاضطراب

مقدمة :

يتسم اضطراب المسلك (CD) Conduct Disorder بنمط من السلوك ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير الملائمة للعمر وقواعد المجتمع ، ويمثل هذا الاضطراب تحدياً كبيراً أمام الوالدين ، والمعلمين ، والعاملين في مجال الصحة النفسية ، ويرى جوريجى وآخرون Gureje et al. (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب يمثل تكلفة عالية فيما يتعلق بالخسارة الشخصية للأطفال والأسر والمجتمع ، فمثلاً على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يمثلون ٣% - ٥% فقط إلا أنهم وراء ما يقرب من نصف الجرائم غير القانونية التي يرتكبها الأحداث ، ونظراً لأن هناك اضطرابات أخرى تحدث غالباً في نفس الوقت الذي يحدث فيه اضطراب المسلك ، وذلك يعنى وجود الاضطرابات التي تدل على حالة مرضية مشتركة مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder ، وسوء استخدام المادة ، والاكتئاب ، فإن اضطراب المسلك يكون من الصعب علاجه ويساهم في معدل عالٍ لأوجه فشل العلاج ، يضاف إلى ذلك أن سلوكيات هؤلاء الأطفال المضطربة تجعلهم على احتكاك مستمر مع محاكم الأحداث ، ونظم التعليم ، ومما يصعب المشكلة أن هؤلاء الأطفال لا يتلقون خدمات الصحة النفسية التي يحتاجون إليها في الوقت المناسب ، علاوة على ذلك فإن اضطراب المسلك يعد من أصعب الاضطرابات التي يتم علاجها لأنه اضطراب معقد ، ويتطلب تدخلات علاجية مضممة تصميماً جيداً ، وتستهدف نواحي متعددة للأداء

الوظيفي للفرد ، ويعد اضطراب المسلك اضطراباً معقداً ، والحالة المرضية الناتجة عنه قد تستمر مدى الحياة ، وبالإضافة إلى ذلك فبسبب طبيعة السلوك المشين فإن الأسرة والمجتمع ككل يتأثران به .

ولقد ظهر اضطراب المسلك أولاً كنمط تشخيصي في المراجعة الثامنة للتصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases عام ١٩٦٥ وفي المراجعة الثانية للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض The Diagnostic and Statistical Manual of Diseases عام ١٩٦٨ ، ومنذ ذلك الوقت تم توسيع النمط بنظامين يتبعان طرقاً مختلفة لتعريف وإلقاء الضوء على الأنواع الفرعية للاضطراب ، ولقد تغيرت المعايير التشخيصية عبر مراجعات التصنيف الدولي للأمراض ، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وقد فرض ذلك تحديات عديدة ؛ فالمعالم الرئيسية لاضطراب المعارضة والتحدي (Oppositional Defiant Disorder (ODD تتمثل في سلوك سلبي مستمر عدواني ويتسم بالتحدي ، بينما المعالم الرئيسية لاضطراب المسلك (Conduct Disorder (CD تتضمن سلوكاً مستمراً ينتهك الحقوق الإنسانية الأساسية للناس الآخرين أو يخترق وينتهك قواعد المجتمع كالكذب والسرقة والقسوة .

وعلى الرغم من أن شدة أو حدة الاضطراب يمكن أن تختلف بدرجة كبيرة بين الأطفال ، فإن كثيراً من هؤلاء الأطفال يظهرون أوجه ضعف اجتماعية نفسية دالة ، وهذه الجوانب تشمل التحصيل الدراسي المتدني ، والعلاقات الاجتماعية الرديئة ، والصراع أو النزاع الشديد مع الوالدين والمعلمين ،

والتورط في النواحي الإجرامية ، ووجود مستويات أو معدلات عالية للكرب أو المحنة النفسية ، وغير ذلك من الجوانب المتعددة التي تم توثيقها بالبحوث الإكلينيكية ، ويذكر أوريلي O'Reilly (٢٠٠٥) أنه في المملكة المتحدة على سبيل المثال وجد أن هناك نسبة تقدر بـ ٤,٧% من الأولاد ، ٢,٣% من البنات في سن ٥ - ١٠ سنوات يظهرون أعراض اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ - ٨ سنوات والذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك أصبحوا من المخالفين للقانون بصفة عامة أو باستمرار وهم مراقبون ، وما يزيد على ٩٠% من المخالفين للقانون بصفة مستمرة كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال وهذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في مرحلة الطفولة حيث يصل معدل الانتشار إلى حوالي ٥% تقريباً ، وهو من الأسباب الأكثر شيوعاً لتحويل أو إحالة الأطفال للعلاج النفسي ويتأثر البنين بهذا الاضطراب بدرجة أكبر من الإناث .

تعريف الاضطراب :

يُعد اضطراب المسلك شكلاً أكثر حدة من أشكال السلوك المضطرب أو المشين ، وهذا النمط من السلوك يكون حاداً أو شديداً جداً لدرجة أنه يتدخل في قدرة الطفل على التعلم وعلى النمو ، ويتصف هذا الاضطراب بوجود سلوك عدواني مستمر أو سلوك معادي للمجتمع ، وتدمير عن عمد للممتلكات ، والقسوة على الناس الآخرين أو الحيوانات ، ويتصف هذا الاضطراب أيضاً بالسرقة والخداع والانتهاك الخطير للقواعد وممارسة أعمال البلطجة ، والأعمال غير الاجتماعية أو الأعمال الإجرامية ليست في حد ذاتها أسباباً لتشخيص اضطراب المسلك ولكن ذلك يتطلب نمطاً مستمراً من السلوك لمدة ستة أشهر على الأقل

حتى يتم تشخيص الاضطراب ، والأطفال العدوانيون الذين لديهم اضطراب المسلك يختلفون عن أقرانهم أو رفاقهم في أنهم يستجيبون لعدد قليل من الدلائل الاجتماعية ويوجهون انتباههم بطريقة اختيارية أو انتقائية نحو الدلائل الاجتماعية العدوانية ، وبالتالي من المحتمل بدرجة أكبر بأنهم سيفسرون الدوافع بطريقة عدوانية ، وعندما يواجهون المشكلات الاجتماعية فإن الأطفال العدوانيين الذين لديهم اضطراب المسلك يولدون غالباً عدداً أقل من الحلول عما في حالة الأطفال الذين لا يوجد لديهم اضطراب المسلك .

ومصطلح اضطراب المسلك Conduct Disorder يشمل تحت طياته مجموعة متنوعة وشاسعة من السلوك الذي لا يمكن التحكم فيه ، وبالتالي ليس له تعريف واحد فالعدوان والكذب والتدمير والتخريب والسرقة والهروب من المدرسة ، كل ذلك تصرفات تدرج عادة تحت هذا المصطلح العام ، والخيط الرابط في هذه المصنفة من السلوكيات هو انتهاك المعايير المجتمعية والحقوق الأساسية للآخرين ، وحدة أو شدة التصرفات أو الأفعال تتعدى الإيذاء والعنف المؤذى الشائع بين الأطفال والمراهقين ، أي أن اضطراب المسلك نمط سلوكي يقوم به الطفل متجاهلاً حقوق الآخرين مع عدم الامتثال للمعايير والأدوار التي ترتبط بعمره الزمني ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركون في سلوكيات تنتهك المعايير الاجتماعية إلى حد كبير ، وهذه السلوكيات تشمل الكذب المزمن ، والسرقة ، والعنف ضد الآخرين ، كما أنهم يميلون إلى أن يفكروا في التفاعل مع الآخرين بطرق من شأنها أن تساهم في ردود أفعالهم العدوانية ، ويتضمن هذا الاضطراب أوجه عجز عصبية تجعل من الصعب جداً أمام الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أن يتعلموا من أساليب التعزيز والعقاب من

أجل السيطرة على تصرفاتهم أو سلوكياتهم ، كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يكون لديهم أنماط سلوكية مزمنة تتمثل في عدم الاكتراث بالحقوق الأساسية للآخرين ، ولتنظر إلى الحالة التالية لصبي يدعى فيليب Philip .

حالة توضح الاضطراب :

إن فيليب Phillip البالغ من العمر اثني عشر عاماً تم طرده من المدرسة كنوع من العقاب ، وكانت مدرسته تقع في مدينة صغيرة بولاية إيووا Iowa الأمريكية وتمت إحالته إلى العلاج الطبي النفسي عن طريق مدير المدرسة ، وأرسل مع فيليب المذكرة التالية : هذا الطفل يمثل مشكلة مستمرة منذ مجيئه إلى المدرسة ، فهو لا يستطيع الوفاق مع أي زميل له في الملعب لأنه حقير ووضيع بالنسبة للأطفال الآخرين فهو يخالف القواعد المدرسية ، ويضايق أطفال الشرطة المدرسية ويسرق الأطفال الآخرين ، ويتحدى كل السلطات المدرسية ، ويدخل في مشاجرات مع رفاقه في الأتوبيس ، ولقد تم حرمانه من المزايا التي تقدم في الكافيتريا مرات عديدة وذلك بسبب مشاكسته ومشاجراته والتحرش بالأطفال الآخرين ودفعهم بعنف وبعد أن أساء السلوك في أحد الأيام في الكافيتريا أخبره المدرس أن يذهب إلى مكتب المدير لمقابلته ورفض ذلك باستماتة ، وردد على الأرض ، وانتابته نوبة هستيرية وأخذ يركل برجليه ويصرخ ، ولم يكن فيليب صادقاً فعندما كان يتم القبض عليه وهو يقوم بأعمال مشينة كان ينكر ويدعى البراءة في كل عمل يقوم به ، ويعتقد أن الآخرين يفترون عليه ، كما كان يبدو كئيباً عندما يرفض كل شيء ، وكان دائماً يهزأ بأي شيء ، وعندما يسأل عن سبب قيامه بعمل هذه الأشياء يشير إلى رأسه ، ويقول لأن رأسي ليست سليمة ،

وهذا الصبي في أمس الحاجة للمساعدة فليس له أي أصدقاء ، وسلوكه العدوانى كان يمنع الأطفال الآخرين من التحدث إليه أو مصاحبته أو حتى قبوله ، وعندما قام الأخصائى النفسى باختبار فيليب أوضحت النتائج وجود مستوى متوسط من الذكاء والتحصيل الدراسى (دافيسون ونيال Davison & Neale ، ١٩٩٦) .

وربما يكون أكثر من أي اضطراب آخر يحدث في مرحلة الطفولة نجد أن اضطراب المسلك يتم تحديده عن طريق تأثير سلوك الطفل على الآخرين والبيئة المحيطة به ، فالوالدين ، والأقران ، والمعلمون يقررون عادة ما هو السلوك الذي لا يمكن التحكم فيه بدرجة كبيرة ، ويكون سلوكاً غير مقبولاً ، والأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (مرحلة ما قبل المراهقة) ، والمراهقين يتم تحديدهم على أنهم مسببين لمشكلات سلوكية ، وذلك عن طريق السلطات القانونية ، وفي هذه الحالة ينظر إلى الطفل على أنه حدث منحرف ، وانحراف الأحداث Juvenile Delinquency مصطلح قانونى وليس مصطلح سيكولوجى ، وهو يشير إلى الأعمال التي يرتكبها الشخص الصغير في السن الذي يكون عمره عادة أقل من ١٨ سنة ، وهذه الأعمال إما قانونية مثل الاعتداء على الآخرين أو السرقة أو غير قانونية كالهروب من المدرسة ، وليس من المدهش أن كثيراً من الصغار الذين يتم تشخيصهم على أن لديهم اضطراب المسلك يكونون في ورطة مع القانون والقائمين على تنفيذه ويتم الحكم عليهم بأنهم أحداث منحرفين .

ويرى دافيسون ونيال Davison & Neale (١٩٩٦) أن المعيار الأكثر أهمية لاتخاذ قرار بشأن ما إذا كان عمل معين يعتبر عملاً عدوانياً أو مسبباً للمشكلات هو التكرار الذي يعترى هذا العمل ، وحدة أو شدة السلوك ، وبالتالي

فإن مشاجرة واحدة في العام لا يمكن اعتبارها مشكلة ، ولكن مشاجرة كل أسبوع تعتبر مشكلة ، وبالمثل أو على نفس المنوال فإن سرقة قطعة من الحلوى تكون سرقة صغيرة ، ولكن سرقة سيارة أو موتورسيكل أو دراجة تعتبر جناية ، وهذه المعايير المتمثلة في التكرار والحدة أو الشدة لا تحل تماماً مشكلة تعريف أو تحديد اضطراب المسلك ولكنها اعتبارات هامة .

وكثير من الأطفال ذوي اضطراب المسلك يعرضون مشكلات أخرى مثل سوء استخدام المادة الذي يعد سلوك آخر يحدث بطريقة شائعة مع اضطراب المسلك ، وفي دراسة طويلة عن المشكلات السلوكية لدى البنين وجد ارتباط قوى بين استخدام المادة وبين الأعمال الانحرافية ، فعلى سبيل المثال فمن بين التلاميذ الذين بالصف الأول الإعدادي ذكروا أنهم قد جربوا المارجوانا ، وأن أكثر من ٣٠% منهم هاجموا شخصاً ما ومعهم سلاح ، ٤٣% منهم اعترفوا باقتحام أماكن وسرقتها ، وحوالي ٥% من هؤلاء الأطفال الذين لم يذكروا استخدامهم لأي مادة قد ارتكبوا هذه الأعمال (روتر Rutter ، ٢٠٠٤) .

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (١٩٩٤) اضطراب المسلك على أنه نمط متكرر ومستمر لسلوك عدواني ومعادي للمجتمع ، ويتسم بالتحدي ، كما يتضح ذلك من وجود ثلاثة معايير على الأقل أو أكثر خلال الإثنى عشر شهراً الماضية ، ومعيار واحد على الأقل خلال الستة أشهر الماضية ، وتشمل هذه المعايير العدوان نحو الناس أو الحيوانات ، وتدمير الممتلكات ، والخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد .

ويعرف محمود حمودة (١٩٩٨) اضطراب المسلك بأنه نمط ثابت ومتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لعمر الطفل في البيت والمدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع ، والطفل الذي يعاني من اضطراب المسلك يأتي سلوكاً عدوانياً أو غير عدوانياً ينتهك فيه حق الغير ويشذ به عن قيم المجتمع على أن يكون عمر هذا الطفل مناسباً للالتزام بالقوانين ، والسلوك العدواني هو السلوك المستخدم فيه العنف الجسدي ضد الأشخاص مثل الضرب أو العض أو الركل بالقدم أو الخربشة وما إلى ذلك ، ويدخل ضمن السلوك العدواني السرقة التي تشمل مواجهة مع الضحية كما في حالات السلب أو الخطف أو الابتزاز أو السرقة تحت تهديد السلاح ، والاغتصاب الجنسي ونادراً القتل ، أما السلوك غير العدواني المضطرب فيتسم بغياب العنف الجسدي ضد الأشخاص مثل السرقة التي لا تتضمن مواجهة مع الضحية والهروب من البيت أو المدرسة ، والكذب الدائم داخل البيت وخارجه ، وإيمان تعاطي مادة ما ، والتخريب المتعمد للممتلكات العامة أو التي تخص الآخرين أو إشعال الحرائق والنيران بشكل متعمد .

ويرى حسن عبد المعطى (٢٠٠١) أن اضطراب المسلك يمثل مجموعة ثابتة من السلوكيات والتصرفات التي تتطور مع مرور الزمن ، ويتصف أصحابها بالعدوانية وانتهاك حقوق الآخرين ، ويرتبط السلوك المنحرف بالعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى من بينها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب ، واضطرابات التعلم الأكاديمية ، كما يرتبط بعوامل نفسية اجتماعية مثل المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والقسوة ، والعقاب

الوالدي ، وعدم الانسجام الأسري ، ونقص الإشراف والرعاية الملائمة ، ونقص الكفاءة الاجتماعية .

وتضيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن اضطراب المسلك يُعد نمطاً من سوء السلوك المتكرر والمستمر الذي يكون أسوأ بكثير من السلوك الذي يمكن توقعه عادة من طفل في هذا العمر ، ومن بين المعالم الأساسية للاضطراب وجود نمط متواصل من السلوك يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين ، والمعايير المجتمعية الكبرى الملائمة للعمر وقواعد المجتمع .

ويرى فريك Frick (٢٠٠١) أن اضطراب المسلك نمط متكرر ومزمن لسلوك معادي للمجتمع وسلوك عدواني يتم فيه انتهاك حقوق الآخرين أو المعايير المجتمعية الرئيسية أو كلاهما .

وعلى الرغم من أن شدة أو حدة الاضطراب يمكن أن تختلف بدرجة كبيرة بين الأطفال الذين لديهم الاضطراب ، فإن كثيراً من هؤلاء الأطفال يظهرون أوجه ضعف اجتماعية نفسية دالة ، وهذه الجوانب تشمل التحصيل الدراسي المتدني ، والعلاقات الاجتماعية الرديئة ، والصراع أو النزاع الشديد مع الوالدين والمعلمين ، والتورط في النواحي الإجرامية ، ووجود مستويات أو معدلات عالية للكرب أو المحنة النفسية ، وغير ذلك من الجوانب المتعددة التي تم توثيقها بالبحوث الكليينكية .

ومعظم الأطفال الذين يرتكبون أعمال العنف يظهرون تاريخاً لسلوك معادي للمجتمع يتفق مع التشخيص الذي يفيد بوجود اضطراب المسلك ، ونتيجة

لذلك فإن فهم وعلاج الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك وتقديم العون لهم بدرجة فعالة يعتبر مكوناً على درجة كبيرة من الأهمية لأي خطة تهدف إلى تقليل العنف لدى هؤلاء الأفراد .

وينطبق اضطراب المسلك على الأطفال الذين يظهرون نمطاً متكرراً ومستمراً أو متواصلاً من الأعمال العدوانية الحادة التي لا تراعى الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع والتي تتضمن أيضاً إلحاق الضرر والأذى والألم بالآخرين ، أو التدخل في حقوق الآخرين من خلال العدوان الجسدي واللفظي والسرقة أو ارتكاب أعمال العنف والتخريب .

ويرى كمال سيسالم (٢٠٠٢) أن اضطراب المسلك أحد أشكال الاضطرابات السلوكية ، ويتمثل هذا الاضطراب في صعوبة إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، واضطراب العلاقة أو نمط التفاعل مع الآخرين سواء الأهل أو الأخوة أو المدرسين أو الزملاء والأصدقاء والأقارب ، ويأخذ اضطراب العلاقة مع الآخرين الأشكال الآتية العدوان اللفظي أو الجسدي أو العدوان على الممتلكات ، والتخريب والفوضى ، والسلبية والبرود العاطفي ، وعدم تحمل المسؤولية ، ومقاومة أو تحدى السلطات ، ولهذا فإن الطفل الذي يدخل ضمن نطاق هذه المجموعة من الاضطرابات هو الطفل الذي يتحدى السلطة ، وأولياء الأمور ، والمدرسين ، ورجال البوليس وغيرهم) ، وهو عدواني وحاقد وفظ وهجومي ومؤذ وإحساسه بالذنب محدود ، كما يميل هذا الطفل إلى الفوضى ، والتشاجر مع الآخرين ، وحب السيطرة .

ويعرف ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) اضطراب المسلك بأنه

نمط متكرر ومتواصل لسلوك يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير المجتمعية غير الملائمة للعمر الزمني .

وهكذا يمكن القول بأن اضطراب المسلك نمط متكرر ومستمر لسلوك غير سوي يظهر لدى الأطفال والمراهقين يتم فيه انتهاك حقوق الآخرين أو القواعد الاجتماعية الأساسية ، والطفل أو المراهق عادة يظهر هذه الأنماط السلوكية في عدد متنوع من الأماكن كالمدرسة والبيت ، وفي المواقف الاجتماعية وهذه الأنماط السلوكية تسبب ضعفاً أو عجزاً ذو دلالة في أدائه الوظيفي والدراسي أو الأكاديمي وأدائه في محيط الأسرة .

ويستخدم المتخصصون والباحثون مجموعة متنوعة من المصطلحات لوصف اضطراب المسلك ، وهذه المجموعة تشمل السلوك الذي يتسم بعدم الطاعة أو العصيان ، والعدوان ، ومعاداة المجتمع ، والتحدي والمعارضة ، والانحراف ، والمشكلات السلوكية .

ويذكر دافيسون ونيال Davison & Neale (١٩٩٦) أن اضطراب المسلك يغطي مدى واسعاً من السلوك الذي لا يخضع للتحكم ، وليس له تعريف واحد غير أن العامل المشترك الذي يربط بين أشكال السلوك التي تدخل ضمن هذا الاضطراب كالعدوان ، والكذب ، والسرقعة ، والتدمير ، والصياغة Truancy هو انتهاك المعايير الاجتماعية والحقوق الأساسية للآخرين .

ويتفق عدد كبير من الباحثين على أن اضطراب المسلك يُعد مشكلة طبية نفسية شائعة في مرحلة الطفولة ولها حدوث متزايد في مرحلة المراهقة وهو مجموعة من الأعراض المرضية الطب النفسية Psychiatric Syndrome التي

تحدث في مرحلة الطفولة وفي مرحلة المراهقة ، ويتميز هذا الاضطراب بوجود نمط مستمر يتمثل في خرق أو انتهاك القواعد ، كما يتمثل في السلوك المعادى للمجتمع ، وكما هو مدرج في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية فإن الأعراض المرضية تتضمن بطريقة نمطية ما يلي : العدوان ، والكذب المتكرر ، والهروب من البيت ليلاً ، وتدمير الممتلكات ، وهناك ما يقرب من ٦% إلى ١٥% من الأولاد ، وما يقرب من ٢% إلى ٤% من البنات تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك ، وأطباء الأسرة الذين يعالجون الأطفال يواجهون هذا الاضطراب ، ويرى سيارجت وآخرون Searight et al. (٢٠٠١) أنه ينبغي أن يكون أطباء الأسرة على دراية ومعرفة بهذا الاضطراب للأسباب الآتية :

١- يقوم أطباء الأسرة بعلاج عدد كبير من الحالات الطبية النفسية بما في ذلك مشكلات الصحة النفسية الشائعة لدى الأطفال .

٢- يعمل أطباء الرعاية الأساسية بمثابة مصادر لتحويل الأطفال إلى مراكز الصحة النفسية ، والتشخيص الفارقي الدقيق لاضطراب المسلك ، يمكن الأطباء من تحويل المرضى إلى المتخصصين الفرعيين الرئيسيين .

٣- إن اضطراب المسلك يزيد من مخاطر وجود العديد من مشكلات الصحة العامة التي تتضمن العنف ، واستخدام السلاح ، وسوء استخدام المادة ، والتسرب من التعليم ، وبالتالي فمن المهم أن يتم تحديد اضطراب المسلك وأن يبدأ التدخل العلاجي بأسرع ما يمكن .

ويستند النمط التشخيصي لاضطراب المسلك في التصنيف الدولي العاشر

للاضطرابات السلوكية والعقلية International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية
بجنىف على مستويات مفرطة من المشاجرة أو البلطجة ، والقسوة على
الحيوانات والناس ، والتدمير الشديد للممتلكات ، وإشعال الحرائق ، والهروب
من البيت ، ونوبات من الغضب الحاد بين الحين والآخر وبطريقة غير عادية ،
وسلوك ينم عن التحدي والاستفزاز ، وعصيان مستمر وشديد ، وأي نمط من
هذه الأنماط إذا كان ملحوظاً أو متميزاً يكون كافياً للتشخيص ، ولا تكون
الأعمال المعادية للمجتمع والمفصلة كافية للتشخيص ، وتتضمن معايير الاستبعاد
الحالات المرضية غير الشائعة مثل الفصام ، والهوس ، والاضطراب الإنمائي
السيائد (PDD) Pervasive Developmental Disorder والاكئاب ،
واضطراب فرط الحركة ، ولا يوصى بهذا التشخيص ما لم يكن السلوك
الموصوف آنفاً قد استمر لمدة ستة شهور أو أكثر (منظمة الصحة العالمية
World Health Organization ، ١٩٩٢) .

وتحدد معايير التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية
القرار المتعلق بوجود اضطراب المسلك الذي ينبغي أن يأخذ في الاعتبار
المستوى الإنمائي للطفل ، فعلى سبيل المثال فإن نوبات المزاج الحاد هي جزء
عادي من نمو الطفل البالغ من العمر ثلاث سنوات ، وأن مجرد وجودها لا
يكون سبباً أساساً للتشخيص؛ كما تميز معايير التصنيف بين أنماط متعددة من
اضطراب المسلك فهناك اضطراب المسلك المقتصر على الأسرة ، واضطراب
المسلك المشترك بين الجماعة ، واضطراب المسلك غير المشاع بين الجماعة .

ويفسر أحمد عكاشة (٢٠٠٣) هذه الأنماط الثلاثة كما يلي :

أ- اضطراب المسلك المقتصر على الأسرة **Conduct Disorder**

Confined to the Family Content

يتضمن هذا النوع سلوكاً عدوانياً ومضاداً للمجتمع (ليس مجرد سلوك معارض أو متحدى أو مزعج) ، يقتصر فيه السلوك غير الطبيعي على المنزل ، وعلى التفاعلات مع أعضاء العائلة المعاشرين للطفل ، ويتطلب تشخيص هذا النمط ألا يكون هناك اضطراب في المسلك ذو دلالة خارج إطار العائلة ، وأن تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج إطار العائلة في النطاق الطبيعي .

ب- اضطراب المسلك المشاع أو المشترك بين الجماعة :

Socialized Conduct Disorder

يحدث هذا النمط بين الأفراد جيدي التوافق مع أقرانهم ، ويتضمن سلوكاً عدوانياً مضاداً للمجتمع ، وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعارضة والمتحدية والمزعجة ، والسمة الجوهرية المميزة لهذا النمط هي وجود صداقات معمرة مع أقران المجموعة العمرية نفسها تقريباً ، وتتكون مجموعة الأقران من الصغار الآخرين المتورطين في نشاطات منحرفة وضد اجتماعية (وفي هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً مقبولاً من مجموعة أقرانه ، وتنظمه الثقافة التحتية التي ينتمي إليها) .

ج- اضطراب المسلك غير المشاع أو غير المشترك بين الجماعة :

Unsocialized Conduct Disorder

يتميز هذا النوع من اضطراب المسلك في كونه يربط بين سلوك غير اجتماعي أو عدواني مستمر ، واضطراب دال ومنتشر في علاقات الفرد مع الآخرين ، والسمة المميزة لهذا الاضطراب هي عدم الانخراط المؤثر مع

الأقران ، ويستند على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين أو بالمواجهة بالرفض من قبلهم ، وغالباً ما ينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ، ولكن قد يكون أكثر وضوحاً في المدرسة ، كذلك إذا اختص الاضطراب بمواقف بخلاف المنزل فإن ذلك يتناسب مع التشخيص .

ويقسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية
Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)

اضطراب المسلك من حيث وقت الحدوث إلى نوعين :

١ - اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

Childhood - Onset Conduct Disorder

٢ - اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

Adolescence - Onset Conduct Disorder

وفيما يلي تناول هذين النوعين بشئ من التفصيل :

١ - اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

الأطفال الذين يحدث لديهم هذا النمط يكونون غالباً من الذكور ، وحدوث الاضطراب لا يرتبط بدرجة قوية بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ويميل هؤلاء الذكور إلى أن يكونوا أكثر عدوانية بدرجة أكبر من الأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، والغالبية العظمى من الأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة تنطبق عليهم المعايير الخاصة باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، ويتم حبسهم أو سجنهم غالباً ، وعلى الرغم من أن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة يشكل نسبة تتراوح من ٣% : ٥% فقط من بين الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك فيعتقد أن ذلك يفسر على الأقل نصف الجرائم أو المخالفات التي يرتكبها الأثمون

الصغار Young Offenders ، ويبدو أن هناك مجموعة مركبة من العوامل البيولوجية ، والعوامل الاجتماعية النفسية التي تتفاعل لكي تسبب الاضطراب ، فأوجه السلوك المضطرب تظهر مبكراً في مرحلة الطفولة وتكون عادة على شكل سلوك سلبي وعدواني ، ويدل على التحدي ، وتلك سمة من سمات اضطراب العناد والتحدي (Oppositional Defiant Disorder (ODD ، وعندما يكبر الطفل يكون هناك عادة تصعيد لسلوكيات تتميز بدرجة أكبر على أنها تتميز اضطراب المسلك ، ولا سيما الكذب والعراك أو القتال والسرقة ، ويكون هؤلاء الأطفال أكثر احتمالاً بأن يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD ، وصعوبات التعلم ، والتحصيل الدراسي السيء ، وهناك نتيجة متسقة في البحوث تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل أن يكون لديهم مشكلات سلوكية تمتد إلى مرحلة الرشد (موجان ، Maughan ، ٢٠٠٤) .

وفيما يتعلق بالتسلسل النمائي Developmental Progression فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) يتبع باضطراب العناد والتحدي (ODD) ثم باضطراب المسلك (CD) ، والارتباط بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك يكون قوياً على نحو خاص بالنسبة للأولاد ، وذلك على الرغم من أن الفتيات يظهرن مخاطرة أعلى من الأولاد في حدوث اضطراب المسلك لديهن ، وذلك إذا كان لديهن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وإذا كان سوء استخدام المادة مصاحباً لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فإن

اضطراب المسلك يكون منبئاً أو مؤشر بحدوث السلوك العنيف بالنسبة للأولاد ، وبالتالي فإن العلاج المبكر لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي وسوء استخدام المادة هو عنصر هام في علاج اضطراب المسلك (لوبير وكينان Loeber & Keenan ، ١٩٩٤) .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يظهرون أيضاً أشكالاً أخرى من الفروق الطب نفس عصبية Neuropsychiatry ، والفروق العصبية البيولوجية Neurobiological مثل المستويات المنخفضة أو المتدنية للسيروتونين Serotonin وذلك يؤيد الفكرة التي تفيد بأن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة يكون بيولوجياً عصبياً في منشأه ، وعندما يكبر الأطفال الذين لديهم هذا النوع من الاضطراب تصبح إساءاتهم أكثر حدة على سبيل المثال اقتحام المنازل ودخولها وسرقة البضائع النفيسة ، وممارسة الجنس بالقوة ، ويكون لديهم حدوث عالي لسوء استخدام المادة ، وتواريخ تدل على زيجات متعددة ، وإساءة جسمية لزوجاتهم وشركائهم وأطفالهم (ماثيوس ولكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

ويؤكد جمعة يوسف (٢٠٠٠) على أن أهم ما يميز اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة هو حدوث أو ظهور محك واحد مميز لاضطراب المسلك قبل عمر ١٠ سنوات ، وأن يظهر هؤلاء الأطفال عدواناً بدنياً تجاه الآخرين ، ويحكمون علاقاتهم بزملائهم ، ويكون لديهم عادة أعراض تستوفي المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك قبل البلوغ ، ويحتمل أن يصبح لدى هؤلاء الأفراد اضطراب مستمر في المسلك ، وقد يتطور الاضطراب إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في الرشد .

وبصفة عامة فإن الأطفال الذين يحدث لديهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يمكن تمييزهم عن الأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة وذلك من خلال تاريخهم الطويل في العدوان والأعمال المعادية للمجتمع مثل الشجار أو العراك والتزويغ أو الهروب من المدرسة والسرقة وسوء الاستخدام المبكر للمادة وإيداعهم في دور الرعاية وتكرار تلك السلوكيات السابقة .

٢- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

يقدم الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة المراهقة جانباً كلينيكياً مختلفاً ، ففي هذا النوع يبدو أن العوامل الثقافية الاجتماعية مثل تأثير الفقر ، ومجموعات الرفاق تكون مسئولة بدرجة كبيرة عن السلوكيات الناتجة ، وهؤلاء الأفراد لا يكون لديهم مشكلات خطيرة عادة قبل مرحلة المراهقة وأثناء سنوات ما قبل المدرسة وسنوات عمر المدرسة ، ويميل هؤلاء الأفراد أن يظهروا السلوك الذي ينم عن المعارضة أو المشكلات الاجتماعية والأكاديمية والمجتمعية ، وهذه النتيجة تتفق تماماً مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) لدرجة أن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة المراهقة لا يتطلب وجود أي معايير مميزة لاضطراب المسلك قبل سن العاشرة والسلوك غير القانوني الذي ينم أو يدل على المعارضة يبدأ أثناء مرحلة المراهقة ويتجه إلى الحدوث في بيئة جماعية ، ويتضمن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة الأولاد بدرجة كبيرة جداً ، بينما الفتيات يتم تضمينهن في مجموعة اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة المراهقة ، ويتضمن هذا النمط أيضاً الشباب الذي ينحدر

من أسر فقيرة والذي يسكن في مناطق حضرية ويمثلوا الأقليات ، ولا يكون لدى هؤلاء الأفراد مشاكل حادة في التعليم أو أوجه عجز تتعلق بالنمو ، أو مشكلات طائفية عصبية ، أو تاريخ أسرى يدل على سلوك معادى للمجتمع ، وتلك سمات يظهرها الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة ، ومن الممكن أن يكون اضطراب القلق حالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك ولاسيما لدى الفتيات المراهقات (ولفندن وآخرون Woolfenden et al. ، ٢٠٠٢) .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية بين الحدوث المبكر ، والحدوث المتأخر لاضطراب المسلك ؛ حيث يكون الحدوث المبكر أكثر شيوعاً لدى البنين عن البنات ويميل إلى الاستمرار مع تكهن مرضي أسوأ ، والحدوث المتأخر أي الذي يحدث في مرحلة المراهقة ينتشر بدرجة متساوية بين البنين والبنات ويميل إلى أن يكون محدود الوقت ، كما يميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أيضاً بين الحدوث المبكر والحدوث المتأخر للاضطراب على أساس حدة أو شدة الأعراض المرضية ؛ حيث إن السلوك المتحرف والأكثر شدة أو حدة يتنبأ بنتيجة رديئة .

وعلى وجه العموم فإن سير المرض يكون جيداً بالنسبة للأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يحدث أو يظهر في مرحلة المراهقة ، ولكنه يكون سيئاً أو رديئاً بالنسبة للأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة ، واضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة المراهقة يحدد بغياب أي محك مميز لاضطراب المسلك قبل عمر ١٠ سنوات ، والأفراد الذين يعانون منه أقل احتمالاً لظهور السلوكيات العدوانية ، وكذلك أقل احتمالاً للتحويل إلى المصير المزمن ،

أو التحول إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في الرشد ، ونسبة انتشار هذا الاضطراب في الذكور إلى الإناث أقل عما هو في النوع السابق (ديك وآخرون ، Dick et al. ، ٢٠٠٥) .

المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك :

وثقت البحوث مسارين إنمائيين متميزين بطريقة متسقة يحدث من خلالهما للأطفال اضطراب المسلك ، ولكل مسار وقت محدد أي أنهما يختلفان في التوقيت الذي تبدأ فيه الأعراض المرضية في الظهور .

المسار الأول : النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

يُظهر الأطفال الذين يندرجون تحت هذا المسار سلوكاً حاداً معادياً للمجتمع في مرحلة المراهقة ، ويظهرون أيضاً قابليات نفسية اجتماعية Psychosocial Vulnerabilities ثابتة على سبيل المثال أوجه ضعف نفسية عصبية Neuropsychological Impairments ، وخلل أسرى ، ويكونون في مخاطرة كبيرة من جراء الاستمرار في إظهار نمط حاد من السلوك المعادي للمجتمع يستمر حتى مرحلة الرشد (موفيت وآخرون ، Moffitt et al. ، ٢٠٠١) .

المسار الثاني : النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

يميل الأطفال الذين يندرجون تحت هذا النمط إلى أن يظهروا بداية مفاجئة لمشكلات سلوكية حادة تتزايد مع بداية مرحلة المراهقة ، ويكون لديهم خلفيات أسرية مختلة إلى حد ما ، ومن المحتمل أن يكون لديهم أيضاً أوجه عجز معرفي ، ومشكلات في الاندفاعية والنشاط الزائد ، ويظهرون توافق أفضل وهم في مرحلة الرشد عما هو الحال لدى نظرائهم الذين يندرجون تحت نمط اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة (فريك ، Frick ، ٢٠٠١) .

وهذه الفروق الجوهرية بين الأطفال في المسارين الإنمائيين قد أدت إلى نماذج نظرية تفترض ميكانيزمات سببية مختلفة جداً تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك لدى هذه المجموعات ، فعلى سبيل المثال اقترح موفيت وآخرون Moffitt et al. (٢٠٠١) أن الأطفال الذين في مجموعة بداية حدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يحدث لهم اضطراب المسلك من خلال عملية تفاعلية أو تبادلية يمر فيها الطفل الذي لديه قابلية لتجربة تتسم ببيئة ناقصة في التربية ، وهذه العملية للتبادلية المختلفة تؤدي إلى قابليات دائمة عند هؤلاء الأطفال تؤثر بطريقة سلبية على توافقهم النفسي الاجتماعي خلال مراحل حياتهم وعلى العكس فإن الأطفال الذين ينتمون إلى مسار بداية حدوث الاضطراب في مرحلة المراهقة لا ينظر إليهم على أنه لديهم قابليات ثابتة أو مستمرة تبرز بوضوح وجود اضطراب المسلك لديهم ، وبدلاً من ذلك ينظر إلى سلوكهم المضاد للمجتمع على أنه نوع من المبالغة لعملية إنمائية عادية لتكوين الهوية التي تحدث في مرحلة المراهقة ، واشتراكهم في سلوكيات مضادة للمجتمع يتم فهمها على أنها محاولة غير موجهة توجهاً سليماً للحصول على إحساس ذاتي بالنضج ، ويتم تشجيع ذلك بواسطة مجموعة الأقران ذوي السلوك المعادي للمجتمع ، وعلى الرغم من أن هذا التحيز قد اكتسب قبولاً واسع الانتشار إلى حد ما ، كما يستدل على ذلك من خلال تضمينه في المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية .

وعلى وجه التحديد فإن السمات القاسية غير الانفعالية Callous Unemotional Traits قد تظهر بوضوح داخل مجموعة الأفراد الذين يبدأ لديهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة والذي يكون سلوكهم مرتبطاً بدرجة أقوى بطبع أو مزاج معروف بالكف السلوكي المنخفض ، ويتميز الكف السلوكي

المنخفض أو المتدني من الناحية الفسيولوجية بالنشاط المنخفض للجهاز العصبي الذاتي ، ويتميز من الناحية السلوكية بالخوف من المواقف الجديدة التي تبعث على التهديد (المواقف التهديدية) ، هذا بالإضافة إلى استجابة رديئة لدلائل أو إشارات العقاب (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويتفق ذلك مع نتائج البحوث التي أوضحت أن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك ، والذي يظهر معدلاً عالياً في السمات القاسية وغير الانفعالية يفضل الأنشطة التي تبحث عن الإثارة والمغامرة (أي الخوف المنخفض) ، وهؤلاء الشباب يكونون أقل إحساساً بمفاتيح أو دلائل العقاب مقارنة بالدلائل المتعلقة بالثواب أو المكافأة ، ويكونون بصفة عامة أقل تفاعلاً أو استجابة للمثيرات الانفعالية السلبية عن الأطفال الآخرين ذوي اضطراب المسلك (بلاير Blair ، ١٩٩٩) .

والأطفال الذين يبدأ لديهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة والذين لا يظهرون معدلات عالية للسمات القاسية وغير الانفعالية قد يعرضون بدلاً من ذلك لتنظيم سلوكي وانفعالي رديء يتميز بسلوك اندفاعي إلى حد كبير ، ومثل هذا التنظيم أو الضبط الانفعالي الرديء يمكن أن ينتج من عوامل سببية تفاعلية متعددة مثل التنشئة الاجتماعية الناقصة في البيئات التي تربوا فيها (ووتون وآخرون Wootton et al. ، ١٩٩٧) ، وكذلك أوجه عجز في نكائهم اللفظي والذي يجعل من الصعب عليهم تأجيل الإشباع أو الإرضاء وتوقع النتائج ، ويؤدي التنظيم الانفعالي الرديء إلى تصرفات اندفاعية وعدوانية غير مخطط لها ومن الممكن أن يؤدي أيضاً إلى أعمال معادية للمجتمع يواجه الطفل فيها صعوبة في السيطرة على هذه الأعمال أو صعوبة في التحكم في تصرفاته ، ومثل هذه

المشكلات تجعل الطفل معرضاً للغضب على نحو خاص نظراً للاستقرازات من جانب الآخرين أو الأقران مما يؤدي إلى أعمال عنيفة وعدوانية (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

أعراض الاضطراب :

تشمل أعراض اضطراب المسلك سلوكيات تنتهك الحقوق الأساسية للآخرين وانتهاك الأعراف والتقاليد الملائمة للسلوك الاجتماعي المناسب ، كما تتضمن الأعراض ممارسة البلطجة والتهديد أو بث الرعب في نفوس الآخرين ، والبدء في المشاجرات البدنية واستخدام الأسلحة في هذه المشاجرات ، والاشتراك في أعمال السرقة والنهب والافتحام ، وتتضمن الأعراض أيضاً الإساءة الجسدية للناس والحيوانات ، وإجبار الآخرين على ممارسة النشاط الجنسي معهم ، كما تتضمن الأعراض أيضاً الكذب ، وعدم الوفاء بالوعود ، والمخالفة الدائمة للقوانين التي يضعها الوالدين أو الأهل بشأن السهر خارج المنزل ، وتشمل الأعراض أيضاً الهروب من البيت ، وإشعال الحرائق عن عمد ، والتخريب ، وتدمير ممتلكات الآخرين عن قصد ، والهروب من المدرسة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وتتباين أعراض اضطراب المسلك باختلاف الجنس (النوع) فالعدوان والشجار والسرقة وتخريب الممتلكات ، والمشكلات المدرسية أكثر شيوعاً لدى الأولاد ، بينما الكذب ، والهروب من البيت ، والانحراف الجنسي أكثر شيوعاً لدى الإناث ، كما تتباين أعراض الاضطراب باختلاف المرحلة العمرية فسلوكيات الكذب والسرقة من المخلات ، والمشاجرات البدنية تظهر أولاً ، بينما

السلوكيات الأكثر شدة أو حدة مثل السطو على المنازل تظهر فيما بعد ، والشكل النمطي المعتاد أن معظم المشكلات السلوكية الشديدة كالاغتصاب والسرقة في مواجهة الضحية تميل للحدوث متأخرة ، أما من حيث البداية والمسار فيبدأ اضطراب المسلك في عمر خمس أو ست سنوات غير أن المعتاد هو أن يبدأ في مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة ، والحدوث نادر بعد سن ١٦ سنة ، ومسار الاضطراب متغير ؛ حيث يتحسن لدى غالبية الأفراد عند الوصول إلى مرحلة الرشد ، وعلى الرغم من ذلك هناك نسبة جوهريّة من الحالات تستمر في القيام بأشكال من السلوك في مرحلة الرشد تستوفي محكات اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) ، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يكونون في الغالب عدوانيين ، وقد يكونون قاسيين بدرجة خاصة على الأشخاص أو الحيوانات بقصد إيذائهم جسماً ، ويعتمدون تدمير ممتلكات الآخرين ، ويكذبون ، ويغشون ، ويهربون من المدارس ، ويهربون أيضاً من البيوت ، والكثير منهم يسرق ضحيته ، ويهددون ضحاياهم ، ويلحقون بهم الأذى ، ويرتكبون جرائم مثل السرقة من المحلات ، والتزوير ، واقتحام المنازل أو السيارات ، والابتزاز ، والبلطجة ، والسرقة المسلحة ، وعندما يكبرون في السن يمتد عنفهم الجسدي ليشمل الاغتصاب والهجوم (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، ومن أهم المعالم الرئيسية لاضطراب المسلك ما يلي :

١- يشترك الأطفال ذوي اضطراب المسلك في سلوكيات حادة وخطيرة مثل القتل ، وإشعال الحرائق ، وأيضاً عرض مشكلات أقل حدة مثل عدم

الامتثال ، ونوبات الغضب الحاد .

٢- يمر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك بمشكلات مصاحبة لاضطرابهم مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وأوجه العجز الأكاديمي أو الدراسي ، والعلاقات الرديئة مع الأقران .

٣- تتبع أسر هؤلاء الأطفال غالباً ممارسات في تربية الأطفال تساهم في تصاعد المشكلة مثل العقاب الحاد أو العنيف ، وهذه الأسر أيضاً تعاني من المشكلات والضغوط النفسية نتيجة الخلافات الزوجية ، أو التناحر بين الزوجين إلى جانب المشكلات النفسية .

٤- يشعر أهل هؤلاء الأطفال بأن أطفالهم لا يمكن السيطرة عليهم ، ومن ثم يشعرون بالعجز وقلة الحيلة عندما لا يستطيعون أن يفعلوا أي شيء حيال ذلك .

ويتسم اضطراب المسلك بوجود أربعة أنواع للأعراض المرضية تتمثل في :

١- العدوان أو التهديدات الخطيرة لإيذاء أو إلحاق الضرر بالناس والحيوانات .
٢- الإتلاف المتعمد للممتلكات أو تدميرها على سبيل المثال إشعال الحرائق أو أعمال التخريب .

٣- الانتهاك المتكرر لقواعد البيت أو المدرسة وخرق القوانين أو كلاهما .
٤- الكذب المستمر لتجنب العواقب أو للحصول على أشياء ملموسة أو مزايا .

ويؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية بأنه ينبغي وجود ثلاث سلوكيات على الأقل وذلك لعمل التشخيص ، والسلوكيات

المنعزلة على سبيل المثال السرقة من المحلات التجارية ، وتجريب تدخين المارجوانا ، وشرب الخمر تعتبر من السلوكيات الشائعة ، كما أن هناك أعمال نوعية معادية للمجتمع قد تحدث لدى ما يقرب من ٨٠% من الشباب ، وعلى العكس فإن تشخيص اضطراب المسلك يتطلب تاريخاً مستمراً أو متواصلاً يفيد بوجود سلوكيات تولد العديد من المشكلات ، والمعالم المرتبطة باضطراب المسلك تتضمن عدم القدرة على تقدير أهمية سعادة الآخرين ، ووجود القليل من الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير فيما يتعلق بإلحاق الأضرار بالآخرين ، فالمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يطورون مهارات تأنيب الضمير بدرجة واضحة وذلك لكي يحصلوا على خدمة أو يتجنبوا العقاب ، كما أنهم ينظرون إلى الآخرين على أنهم مصدر تهديد لهم أو على أنهم حقودين ونتيجة لذلك فإن هؤلاء الأطفال وهؤلاء المراهقين يغضبون فجأة بطريقة قد يستفيدون منها قبل أن يستفيد منها غيرهم ، كما يبدون أيضاً العدوان بدون استثارة أو بدون استفزاز ، وينبغي على الأطباء أن يكونوا قادرين على أن يميزوا بين المخاطرة العادية التي يقدم عليها المراهقين ، وبين السلوك المعادي للمجتمع والذي يستمر لفترات طويلة ، ومن بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ إلى ١٤ سنة تعتبر العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تتضمن تدخين السجائر ، والنشاط الجنسي ، وشرب الخمر ، واستخدام المخدرات بمثابة أعلام حمراء لاضطراب المسلك .

والأعراض المرضية لاضطراب المسلك دون الكلينيكي أو الأعراض التي لها بداية حديثة قد تكون سهلة الإرشاد والعلاج ، ومع ذلك فإن السلوك الأكثر خطورة والمستمر الذي يتضمن العدوان ، والأعمال غير القانونية ، وسوء

استخدام المادة ، وغيرها من الأعمال الضارة ينبغي إحالتها أو تحويلها لمتخصص أو أخصائي في الصحة النفسية ، وفي حالة وجود سوء استخدام المادة كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك ينبغي أن يكون العلاج الأولي هو التوقف عن استخدام المخدر وقد يتضمن ذلك تعاطي بعض الأدوية لتقليل نسبة السموم في الدم ، وذلك قبل عملية التأهيل .

ويشترك اضطراب المسلك واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder في وجود سلوك عدواني متواصل ، وسلوكيات غير مراعية للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع ، وإذا حدث ذلك في مرحلة الطفولة فإنه يعتبر نذيراً بحدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد ، وهذا الاضطراب هو نمط سائد يتسم بعدم المبالاة ، والانتهاك لحقوق الآخرين ، هذا بالإضافة إلى الاشتراك أو التورط في سلوكيات غير قانونية متعددة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، وهناك نسبة تصل إلى ٤% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يحدث لهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عندما يكبرون (في مرحلة الرشد) ، وبالإضافة إلى سلوكياتهم المبكرة المعادية للمجتمع ، فإن الأفراد الراشدين الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يظهرون أيضاً حالة مرضية نفسية يتم تعريفها على أنها نمط لسلك متصلب ومخادع ينم أو يتسم بالتلاعب والمداينة (سوتكر Sutker ، ١٩٩٤) .

ولا يعير المراهقون الذين لديهم اضطراب المسلك الآخرون المحيطون بهم أي نوع من الاهتمام ، فهم لا يشعرون بالحرج ، وهذا يوحى بالفشل في كبح الانفعالات والأعمال تمشياً مع الأعراف الاجتماعية ، وهذه النتائج تشير إلى

وجود مجموعة فرعية من الأطفال ذوي اضطراب المسلك يقتربون أو يرتكبون أعمالاً عدوانية تتعارض مع القواعد والأعراف السائدة في المجتمع ويكشفون عن أسلوب قاسى وغير انفعالي (بارد) في علاقاتهم الـبـيـنـشـخـصـية Callous and Unemotional Interpersonal Style (CU) ، ويتسم هذا الأسلوب بوجود سمات تتلخص في قلة الشعور بالذنب ، وعدم إظهار المشاركة الوجدانية ، وعدم إظهار العواطف والانفعالات الإنسانية ، وغيرها من السمات المرتبطة بالـنـرجـسية والاندفاعية ، ويفضل هؤلاء الأطفال الأنشطة الجديدة وغير المألوفة والمهكرة ويكون لديهم إحساس متضائل بدلالات الحذر والعقاب عند السعي إلى الإثبات أو المكافآت (فريك وإليس Frick & Ellis ، ١٩٩٩) .

ويعرض فريك Frick (٢٠٠٠) السلوكيات التي تشكل هذه السمات في الجدول التالي .

جدول (١)

السمات القاسية التي تتسم أو تتميز بعدم الانفعال في العلاقات الـبـيـنـشـخـصـية

السمات	المضمون أو البعد
السمات القاسية غير الانفعالية	<ul style="list-style-type: none"> - عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين . - عدم الشعور بالذنب بسبب الأعمال المشينة . - عدم الاهتمام بمستوى الأداء المدرسي . - عدم الوفاء بالوعود . - لا يظهر المشاعر أو الانفعالات أو العواطف . - لا يحتفظ بنفس الأصدقاء .

السمة	المضمون أو البعد
السمات الانرجسية	<ul style="list-style-type: none"> - يغيظ أو يسخر من الآخرين . - يغضب عندما يتم تصحيح سلوكه أو إرشاده أو معاقبته . - يمكن أن يكون ساحراً أو رائعاً في أحياناً ولكن بطرق تبدو أنها غير مخصصة . - يستغل أو يخدع الآخرين للحصول على ما يريد . - يعتقد أنه أهم من الآخرين ويتباهى بدرجة زائدة عن الحد بقدراته وإنجازاته أو ممتلكاته .
الاندفاعية	<ul style="list-style-type: none"> - يتصرف بدون تفكير في النتائج . - يترك الأشياء بدون تخطيط حتى آخر دقيقة . - يشترك في أنشطة بها قدر كبير من المخاطرة . - يلوم الآخرين عن الأخطاء التي يرتكبها هو . - يصاب بالملل أو السأم بسهولة .

ويكشف الأطفال الذين لديهم الأسلوب القاسي غير الانفعالي أو البارد (CU) - رغم ذكائهم العالي- عن عدد كبير من المشكلات السلوكية ويتم القبض عليهم مرات عديدة من جانب الشرطة ، وأهل هؤلاء الأطفال لديهم تاريخ يفيد بدرجة كبيرة جداً بوجود الشخصية المعادية للمجتمع ، وذلك بدرجة أكبر من أهل الأطفال الآخرين الذين لديهم مشكلات سلوكية فقط ، وتوحي البحوث أن الميكانيزمات الإنمائية Developmental Mechanisms المختلفة تبرز المشكلات السلوكية والنفسية التي يتم رؤيتها عند الأطفال ذوي اضطراب المسلك

والذين يظهرون أيضاً الأسلوب القاسي غير الانفعالي (CU) في تفاعلاتهم
البيشخصية (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٣) .

ويرتبط الأسلوب القاسي غير الانفعالي (CU) بأشكال في مرحلة الرشد
تتعلق بالسيكوباتية Psychopathy (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ولزيادة معرفتنا أو فهمنا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع
للاضطرابات النفسية المتعلقة باضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي ،
يعرض ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) قائمة بالأعمال العدوانية
والمعارضة للمجتمع التي يقوم بها بارت سيمبسون Bart Simpson وهو
شخصية كرتونية تليفزيونية ينطبق عليها تشخيص اضطراب المسلك ،
واضطراب العناد والتحدي طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي
للاضطرابات النفسية .

- يضع مادة داخل التواليت بحيث إذا استخدم احد التواليت يخرج رذاذ من
التواليت ليوسخ ملابسه أو يطرطش على وجهه .

- يقوم بعمل أشياء مهينة بشكل مقزز وتدعو للاستفزاز .

- يفك غطاء الملاحه أو المملحة (وعاء يوضع فيه الملح لوضعه على
السفرة أثناء الأكل لتمليح الطعام إذا دعت الحاجة) ولا يربطه بإحكام
بحيث إذا أراد شخص أن يستخدمها تسقط كمية كبيرة من الملح على
الطعام فتفسده .

- يشعل النار في رابطة عنق زميله .

- يقوم بعمل خدع على الأطفال ليأخذ الحلوى منهم .

- يدعى أنه تيمى Timmy الذي وقع في البئر .
- يشد السجادة حتى يقع الأطفال .
- يلعب مع جده ثم يكسر له طاقم الأسنان الخاص به .
- يسرق محفظة ومفاتيح زميله ويلقيها في التواليت .
- يقطع أو يقص شعر الطفلة ماجى Maggie .
- يرسم خطوط عريضة وكبيرة في ساحة انتظار السيارات .
- يقوم بوضع ماء في سيارة معلمه .
- يهشم أو يكسر زجاج نافذة معلمه .
- يحكى أنه رمى البريد في البالوعة .
- يتصل برقم تليفون شرطة النجدة ليطلب المشاكل لجليسة الأطفال
- . Babysitter

يتضح من خلال العرض السابق لمجموعة السلوكيات التي قام بها بارت سيمبسون Bart Simpson أن هذه السلوكيات تتم عن مجموعة من الأعراض المرضية تتمثل في العدوان ، وتدمير الممتلكات ، والمكر ، والخداع ، والانتهاك الخطير للقواعد ، وهذه الأعراض تؤهل بارت بسهولة لكي يتم تشخيصه بأنه يعاني من اضطراب المسلك ، ويكشف لنا بارت أيضاً عن أعراض تفيد في تشخيص اضطراب العناد والتحدي ، ولكن هذا التشخيص لا يتم عمله عندما تنطبق عليه المعايير الخاصة باضطراب المسلك .

الاضطرابات والأعراض المرضية المصاحبة :

لا يحدث اضطراب المسلك بمعزل عن اضطرابات طبية نفسية أخرى

وهذا ما يطلق عليه الحالة المرضية المشتركة ، والتي تكون شائعة في هذا الاضطراب ، وربما يكون أكثر هذه الحالات المرضية المشتركة شيوعاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ؛ حيث ينتشر لدى البنين اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا يكون له تكهن مرضى أسوأ بدرجة كبيرة من البنين أو الأولاد الذين يحدث لهم أي من الاضطرابين بمفرده (جينسين وآخرون Jensen et al. ، ١٩٩٧) .

وبلاحظ أيضاً وجود حالة مرضية مشتركة تتمثل في وجود قلق واكتئاب مع وجود تركيبة من اضطراب المسلك والاكتئاب ، ومن المعروف أن ذلك يؤدي إلى مخاطرة عالية لسوء استخدام المادة وارتفاع حالات الوفيات المرتبطة بها (أنجولد وكوستللو Angold & Costello ، ١٩٩٣) ، وهناك أيضاً ارتباط قوى بين اضطراب المسلك وسوء استخدام المادة بطريقة مستقلة عن علاقة اضطراب المسلك بالاكتئاب ، ويوحى الدليل أن اضطراب المسلك يسبق أو يتصادف حدوثه بدرجة وثيقة مع بداية حدوث سوء استخدام المادة (أنجولد وآخرون Angold et al. ، ١٩٩٩) ، وعلى الرغم من أن الارتباط بين اضطراب المسلك وصعوبة التعلم Learning Disability لم يتم إثباته بدرجة واضحة إلا أن هناك ارتباط شائع بين اضطراب المسلك وبين وجود عجز نوعي في القراءة أو صعوبة في القراءة Reading Disability لدرجة أنه في البنين يعتبر السلوك المشين أو الفوضوي Disruptive Behavior مخاطرة لمشكلات تحدث فيما بعد في القراءة ، بينما في الفتيات فإن صعوبة القراءة تعتبر مخاطرة لسلوك انحرافي Delinquent Behavior فيما بعد (مويان وآخرون

. (١٩٩٦ ، Maughan et al.

ويعانى معظم الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من اضطراب أو أكثر من الاضطرابات الإضافية ، وفي الغالب يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب والقلق ، وفيما يلي توضيح ذلك .
١- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

يرى كلارك Clarke (٢٠٠٩) أن حوالي ٥٠% من الأطفال ذوي اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويرجع هذا التداخل إلى مجموعة من الأسباب منها :

- وجود مجموعة من العوامل المشتركة مثل الاندفاعية ، والتنظيم الرديء للذات ، وطريقة التفكير والتصرف ، والطبع الذي يغلب على الشخص كل هذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد معاً .

- قد يكون اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عامل مساعد بالنسبة لاضطراب المسلك من خلال الإسهام في الاستمرار والتعقيد لمزيد من المشكلات الخطيرة في المسلك .

- قد يؤدي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى بداية حدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة ، والذي يعد نذيراً قوياً لحدوث مشكلات مستمرة .

ورغم التداخل الكبير بين الاضطرابين إلا أن هناك خطين من البحوث يذكرهما هينشو ولى Hinshaw & Lee (٢٠٠٣) هما :

الأول : النموذج الذي يشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك معاً ، وهذا النموذج يقدم بطريقة متسقة تطابقاً أفضل للبيانات عما هو الحال في النموذج القائم على اضطراب سلوكي واحد .

الثاني : يرى أصحاب هذا النموذج أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بدرجة أكبر من اضطراب المسلك بأوجه العجز المعرفي وعدم الانتباه في حجرة الدراسة ، وارتفاع معدل الإصابات الناتجة عن الحوادث .

ويختلف الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فيما يتعلق بالسماوات الوالدية أي المتعلقة بالوالدين فاضطراب المسلك وحده ، واضطراب المسلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبطان بمعدلات عالية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين ، وتاريخ للوالدين ينم عن السلوك العدواني ، بينما اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وحده لا يرتبط بهذه المعدلات (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويعرض الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد معاً أوجه ضعف سلوكية حادة ، وأوجه ضعف أكاديمية واجتماعية ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب واحد فقط من هذين الاضطرابين (لى Lee ، ٢٠٠٦) .

٢ - الاكتئاب والقلق Depression & Anxiety

يحدث الاكتئاب والقلق بطريقة متكررة ومتزايدة أكثر مما هو متوقع وذلك

لدى الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك ، وحوالي ثلث هؤلاء الأطفال يتم تشخيصهم بما يفيد معاناتهم من الاكتئاب أو القلق الذي يحدث لهم في نفس الوقت (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ١٩٩٥) .

ومعظم الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك يتطور بهن الأمر بأن يحدث لهن اضطراب القلق أو الاكتئاب عند دخولهن مرحلة الرشد المبكر ، وفي كلا الجنسين ترتبط الحدة أو الشدة المتزايدة للسلوك المعادي للمجتمع بحدة متزايدة في الاكتئاب والقلق (موجان Maughan ، ٢٠٠٤) .

ويعتبر اضطراب المسلك عامل مخاطرة للإقدام على الانتحار لدى الصغار الذين لديهم مشكلات سلوكية مصاحبة (تحدث في نفس الوقت) لسوء استخدام المادة ، وتاريخ أسرى يفيد بوجود الاكتئاب (نادر وآخرون Nadder et al. ، ٢٠٠٢) .

والنتائج بخصوص العلاقة بين اضطراب القلق والسلوك المعادي للمجتمع بالنسبة للأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك كانت نتائج محيرة ولكنها شيقة وهامة ففي بعض الدراسات وجد أن القلق المصاحب أو المترافق كان عاملاً وقائياً أو من عوامل الحماية التي قد توقف أو تسبب الكف عن السلوك العدواني (بيني وآخرون Pine et al. ، ٢٠٠٠) ومع ذلك فهناك دراسات أخرى وجدت أن القلق يزيد من المخاطرة بالنسبة للسلوك المعادي للمجتمع فيما بعد (روتر وآخرون Rutter et al. ، ١٩٩٨) ، وتأييداً لكون أو اعتبار أن القلق عامل وقائي ، فإن البنين الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب القلق يظهرون مستوى أعلى من الكورتيزول اللعابي Salivary Cortisol المرتبط بدرجة أكبر

بالكف السلوكي Behavioral Inhibition (ماك بيرنت وآخرون McBurnett et al. ، ١٩٩١) وعند البنين الذين لديهم اضطراب المسلك فقط فإن المستويات المتدنية للکورتيزول اللعابي ترتبط ارتباطاً مباشراً بمزيد من السلوكيات العدوانية والمشينة (ماك بيرنت وآخرون McBurnett et al. ، ٢٠٠٠) .

ويعتمد اضطراب المسلك على نوع القلق فالقلق المرتبط بالخجل والكف والخوف ينمي اضطراب المسلك ، بينما القلق المرتبط بالتأثير السلبي Negative Emotionality والإحجام أو التجنب الاجتماعي أو الانسحاب القائم على نقص الرعاية أو الاعتناء بالآخرين يزيد من مخاطرة الطفل من جراء مشكلات المسلك (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) واتفقاً مع هذا الرأي فإن الأطفال ذوي الأسلوب القاسي غير الانفعالي في العلاقات البينشخصية Callous Unemotional Interpersonal Style (CU) - يظهرون قلقاً أقل من الأطفال الآخرين ذوي المشكلات في المسلك .

الحالة المرضية المشتركة :

يصعب بل من النادر أن نشاهد حالة لاضطراب المسلك غير مصحوبة باضطراب واحد إضافي أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالة المرضية المشتركة هي القاعدة وليست الاستثناء ، فتوجد نسبة تتراوح بين ٥٠% : ٧٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم اضطرابات تدل على حالة مرضية مشتركة كاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وتشير دراسات كثيرة إلى شيوع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب المسلك (كوهين وآخرون

. (١٩٩٣ ، Cohen et al.) .

ويرى أوهان وجونستون Ohan & Johnston (٢٠٠٥) أن الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تتداخل مع أعراض اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، على الرغم من أن هذه الحالات لها سمات كلينيكية متميزة ومستقلة ، وحوالي نصف الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب داخلي كالإكتئاب أو القلق ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والإكتئاب الذي يدل على حالة مرضية مشتركة يكونون في مخاطرة أكبر للإقدام على الانتحار ، وإلحاق الضرر بأنفسهم بدرجة أكبر من الأطفال الذين يعانون من الإكتئاب فقط ، وهناك نسبة تصل إلى ٩٠% من المسميين الصغار الذين لديهم سوء استخدام للمخدرات يكون لديهم اضطراب المسلك ، كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يظهرون غالباً تاريخاً دالاً للجوانب التالية :

- اضطرابات نمائية نوعية .
 - درجات أكثر انخفاضاً في اختبارات الذكاء .
 - إصابات في الوجه والرأس .
 - علامات أو دلالات عصبية صغيرة أو ضعيفة .
 - نوبات نفسية حركية .
 - أوجه شذوذ غير محددة في تسجيل موجات المخ الكهربية .
 - أعراض مرضية ذهانية مبهمة (البارانويا واضطراب التفكير ... إلخ) .
- ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن

اضطراب المسلك يرتبط بواحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات التعلم ، والقلق ، واضطرابات المزاج ، والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات ، وأن هناك مجموعة من العوامل تهيئ للإصابة بالاضطراب منها رفض الوالدين وإهمالهم للطفل ، والمزاج السيء للطفل (العناد والتمرد) ، والممارسات غير المتسقة في التنشئة ، والإيذاء الجسدي ، والاعتداء الجنسي ، ونقص الإشراف ، والانتقال المبكر إلى مؤسسات الرعاية ، والتغير المتكرر للمسؤولين عن التنشئة ، وزيادة عدد أفراد الأسرة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) .

كذلك أشارت نتائج دراسات عديدة أنه من بين المراهقين المحالين للعلاج والذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك كان هناك من ٨٤ - ٩٦% انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب العناد والتحدي ، وكان الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أكثر احتمالاً بأن يكون لديهم شكوى جسمية بدرجة أكبر من الأطفال الذين لا يوجد لديهم أي اضطراب ، وتبلغ النسبة ٦٤% مقارنة بـ ٥٤% على الترتيب (تومسون وآخرون Thomson et al. ، ١٩٩٦) .

وأسر أو عائلات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك يكون لديهم فروق دالة عندما يتم مقارنتهم بالأسر أو العائلات الأخرى في الاضطرابات النفسية ، والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات وذلك لصالح الأسر التي يعاني أفرادها من اضطراب المسلك (فريك وآخرون Frick et al. ، ١٩٩٢ ؛ بلومين Plomin ، ١٩٩٤) .

وتوجد فروق دالة تتعلق بالجنس (النوع) وذلك في ثبات واستقرار اضطراب المسلك ؛ حيث يكون الأولاد أكثر احتمالاً من البنات في الاستمرار في إظهار الاضطراب ، ويعتبر الاضطراب ثابتاً إلى حد ما عبر الوقت داخل الأسر بالإضافة إلى أنه ثابت أيضاً داخل الأفراد ، ويكون الاستمرار واضحاً عبر الأجيال المتعددة ، وتتنبأ العوامل المتعلقة بالوالدين والأجداد بمستوى العدوان الذي يظهر في الجيل القادم من الأطفال (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٨٩) .

وينحدر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من أسر كبيرة ومحدودة الدخل وتعيش في مناطق حضرية ، ويتم تربيتهم من جانب الأمهات فقط (الأمهات المطلقات أو الأرامل) وآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم نسبة حدوث أكبر لاضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المادة ، ويكونون غالباً غير متواجدين في البيت ، بينما أمهات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم معدلات عالية للاكتئاب ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المادة ، والاضطرابات الجسمية (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٩٢ ؛ كابالدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المصاحب له يكون لديهم تاريخ كبير يدل على العنف والمخالفات القانونية ، والقبض عليهم وحبسهم عدة مرات مقارنة بآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك فقط ، والدراسات التي تناولت موضوع التنبؤ

والتوائم تقترح وجود ارتباط أسرى أو وراثي (جيني) باضطراب المسلك (هيلارسكي Hilarski ، ٢٠٠٤) إلا أن لينام وهنري Lynam & Henry (٢٠٠٤) شككا في هذه النتيجة ، ونظراً للارتباط القوي للعوامل البيئية والأسرية باضطراب المسلك فإن بعض الأطفال والمراهقين قد يستخدمون سمات اضطراب المسلك كإستراتيجية للحماية ؛ لذلك فمن المهم أن ينظر الكلينيكيون إلى السياق الاقتصادي الاجتماعي عند تقديرهم لوجود اضطراب المسلك .

ويرتبط كلاً من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي بالحدوث الذي يأتي فيما بعد والذي يتضمن اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، فالأطفال الذين يتم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) من المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يحدث لهم اضطراب المسلك وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (مع غلبة نقص الانتباه فقط) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أيضاً أن يكون لديهم اضطرابات أخرى بالإضافة إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي ، فيتم تشخيصهم بين الحين والآخر على أن لديهم سلوكيات أخرى تتضمن سلوك الانسحاب ، والقلق ، والاكتئاب ، وحوالي ٧٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً تشخيص واحد على الأقل من التشخيصات السابقة (كابالدي وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

والعديد من الحالات الطبية النفسية الشائعة في مرحلة الطفولة لها ملامح

أو معالم مشتركة مع معالم اضطراب المسلك ، وينبغي أن يتضمن التشخيص الفارقي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، واضطرابات الحالة المزاجية أو اضطرابات المزاج Mood Disorders (الاكتئاب الرئيسي أو الجسيم Major Depression ، والاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder) ، وسوء استخدام المادة ، والاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent Explosive Disorder ، والجدول التالي يوضح التشخيص الفارقي للحالات المرضية المرتبطة باضطراب المسلك والعلاج المناسب لهذه الحالات المرضية .

جدول (٢)

التشخيص الفارقي للحالات المرضية المرتبطة باضطراب المسلك

المعالم المميزة	التشخيص
نمط مستمر لانتهاك حقوق الآخرين ، وممارسة العدوان ، والأعمال غير القانونية .	اضطراب المسلك
مجادلة مزمنة ، ورفض الامتثال لمطالب أو أوامر الكبار .	اضطراب العناد والتحدي
فرط الحركة وعدم الكف عن السلوك ، ونقص الانتباه ، والتشتت ، والاندفاعية .	اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
نمط لاستخدام المادة مرتبط بنتائج اجتماعية / شخصية عكسية أو تحمل قسويولوجي أو انسحاب .	سوء استخدام المادة أو الاعتماد عليها

المعالم المميزة	التشخيص
حالة مزاجية اكتئابية تتسم بسرعة الغضب ، واضطراب النوم ، وفقدان الإحساس باللذة Anhedonic والتفكير في الانتحار .	الاكتئاب الرئيسي واضطراب الاكتئاب العصابي (الديسثيميا) Major Depression and Dysthymic Disorder
أعراض اكتئابية تتزامن مع فترات بها طاقة زائدة جداً وهوس خفيف وقد يتضمن ذلك الهلوس والأوهام .	اضطراب المزاج ثنائي القطب
نوبات متفرقة عديدة من فقدان السيطرة على الاندفاعات العدوانية التي يترتب عليها أفعال تهيجية خطيرة أو تحطيم الممتلكات (نوبات عدوانية لفظية وجسدية مفاجئة لا يمكن التنبؤ بها) .	الاضطراب الانفجاري المتقطع

والوعي العام المتزايد لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والقدرة النسبية على علاجه باستخدام الأدوية المنبهة قد يساهم في الخلط بينه وبين اضطراب المسلك ، ومعالم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المتمثلة في نقص الانتباه ، والتشتت الذهني ينبغي تمييزها عن الكذب والعدوان الخطير ، والسلوكيات غير القانونية فعند تقييم شخص ما ويوجد شك في أنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأسئلة التالية ستساعد في تمييز اضطراب المسلك عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

أسئلة المقابلة الشخصية لتقدير اضطراب المسلك :

١- هل كان لديك أي مشكلات مع الشرطة؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما الظروف أو الملابس التي أدت إلى ذلك؟ .

٢- هل اشتركت في مشاجرات بدنية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما ظروف أو ملابس ذلك؟ وما عدد هذه المشاجرات؟ .

٣- هل سبق لك أن فصلت أو طردت من المدرسة؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما الظروف أو الملابس التي أدت إلى ذلك؟ .

٤- هل سبق لك أن هربت من البيت؟ هل حدث ذلك ليلاً؟ وما عدد المرات؟ .

٥- هل تدخن السجائر وتشرب الخمر أو تستخدم المخدرات؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما عدد مرات الاستخدام ، وما مدة الاستخدام؟ وما اسم المخدرات التي تتعاطاها؟ .

٦- هل أنت نشيط جنسياً؟ .

وبالنسبة للأسئلة رقم ٥ ، ورقم ٦ ينبغي أن يوضع العمر الزمني في الاعتبار .

وقد يكون من الصعب تمييز اضطراب العناد والتحدي عن اضطراب المسلك والمعالم الرئيسية لاضطراب العناد والتحدي تتضمن عدم الامتثال والمجادلة وخرق القواعد والسلوية ، وعلى الرغم من أن هذه المعالم تتداخل جزئياً مع معالم اضطراب المسلك إلا أن هناك فروق هامة ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي على الرغم من أنهم مولعين بالجدل إلا أنهم لا يظهرون عدواناً بدنياً ذو دلالة ، وآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد

والتحدي من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم اضطراب الحالة المزاجية بدرجة أكبر من النمط المعادي للمجتمع الشائع بين آباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي يتحول بمرور الوقت إلى اضطراب المسلك (سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١ ؛ كابالدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

ويحدث تفاعل دال بين الحين والآخر بين الأطفال والمراهقين الذين لديهم اكتئاب رئيسي ، واكتئاب عصاني (الديسثيميا) ، والمرضى الذين لديهم اضطراب ثنائي القطب ؛ حيث يظهرون انتهاكات للقواعد كما يظهرون العدوان ومع ذلك فإن اضطرابات الحالة المزاجية تتضمن بطريقة نمطية اضطرابات النوم ، والشهية ، وأعراض مرضية وجدانية واضحة ، والتواجد المشترك للاكتئاب الرئيسي مع اضطراب المسلك يزيد من مخاطر السلوك الانتحاري الاندفاعي (سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١) .

ويتداخل أيضاً سوء استخدام المادة مع الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، فأهم شيء في تقدير استخدام المادة لدى المراهقين هو التمييز بين التجريب وبين سوء الاستخدام أو الاعتماد ، فتكرار ومدة استخدام المادة هما أبعاد مفيدة في هذا الصدد ، وفي سن مبكرة (أي فيما بين ١٠ - ١٣ سنة) من العمر فإن الاستخدام المتكرر للخمر أو المخدرات هو بمثابة الراية الحمراء لنشوء سلوكيات أخرى مرتبطة باضطراب المسلك ، وبالإضافة إلى ذلك فإن استخدام المادة من المحتمل أن يزيد من ضعف التحكم الاندفاعي ويزيد من الاتصال بالأقران المنحرفين (كابالدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

ويمكن تشخيص الاضطراب الانفجاري المتقطع الذي يتمثل في نوبات عدوانية مفاجئة بدون إثارة عندما لا ينطبق سلوك الطفل على المعايير الخاصة باضطراب المسلك ، والمرضى الذين لديهم الاضطراب الانفجاري المتقطع ينكرون أنهم خططوا لإيذاء الآخرين ولكنهم ينكرون أنهم صفعوا الآخرين دون أن يدركوا ذلك بأنه هجوم أو اعتداء على الأشخاص الآخرين ، وهذه الفترات أو الحوادث هي العلامات الوحيدة على وجود اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم الاضطراب الانفجاري المتقطع وبخلاف الأعمال غير المخطط لها المتمثلة في العدوان فإن الأفراد الذين لديهم الاضطراب الانفجاري المتقطع لا يشتركون أو لا يتورطون في الانتهاكات المتكررة لقواعد الآخرين أو في سلوك غير شرعي أو غير قانوني كالسرقة أو الهروب من البيت (سيارجت وآخرون . Searight et al. ، ٢٠٠١) .

معدلات الانتشار :

ربما يصعب تحديد نسب انتشار اضطراب المسلك بدقة نظراً للصعوبات التي تحيط بتعريف مصطلح اضطراب المسلك أو التصرف ، وعلى الرغم من ذلك يمكن القول بدرجة عالية من اليقين أن نسب انتشار الاضطراب في تزايد مستمر ، ويكون هذا التزايد أكثر وضوحاً في المناطق الحضرية عن المناطق الريفية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن ٨% من أطفال المناطق الحضرية الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ - ١١ سنة في مقابل ٤% من الأطفال في المناطق الريفية يعانون من اضطراب المسلك (هولمز

(Holmes ، ١٩٩٤) .

كذلك أظهرت نتائج إحدى الدراسات أن ٦٢% من الأطفال البالغ عمرهم ثلاث سنوات يستمرون في اضطراب المسلك والمشاكل المتعلقة به حتى الثامنة من العمر ، وأن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ - ١٠ سنوات تصل إلى ٦٠,٥% للبنين ، ٢٠,٧% للبنات ، كذلك أظهرت نتائج مسح أجرى على تلاميذ الصف السادس الابتدائي من أبناء الطبقة الوسطى في منطقة شبه حضرية أن ٢٦% ارتكبوا سرقات طفيفة ، ٢٢% تعدوا على الممتلكات ، ٤٥% تعاركوا مع الآخرين (دافيسون ونيال & Davison Neale ، ١٩٩٦) .

وفي المملكة المتحدة وجدت نسبة تقدر بـ ٧,٤% من الأولاد ؛ ٣,٢% من البنات في سن ٥ - ١٠ سنوات يظهرون أعراض اضطراب المسلك ، ٤٠% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ - ٨ سنوات والذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك أصبحوا من المخالفين للقانون بصفة عامة أو باستمرار وهم مراقبون ، وما يزيد على ٩٠% من المخالفين للقانون بصفة مستمرة كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال ، ويتواجد اضطراب المسلك بطريقة متكررة مع سلسلة من الاضطرابات مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، والاكتئاب ، والقلق ، ويصعب التحقق من معدلات انتشار اضطراب المسلك غير الكلينيكي ، وذلك يرجع جزئياً إلى نظم التصنيف المتداخلة (على سبيل المثال اضطراب العناد والتحدى (ODD) والمصاعب الانفعالية والسلوكية Emotional and Behavioral Difficulties

(EBD) ، يضاف إلى ذلك أن المصاعب الانفعالية والسلوكية ليس لها أي معايير تشخيصية صارمة (كابلدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وتتجه بداية حدوث اضطراب المسلك إلى الصعود في مرحلة الطفولة المتأخرة وأوائل مرحلة المراهقة ؛ حيث يقدر انتشار اضطراب المسلك فيما بين ١،٥% - ٣،٤% للعينة السكانية العامة للأطفال والمراهقين (فيهان وآخرون Feehan et al. ، ١٩٩٣) وحوالي ٤٠% من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يحدث لديهم في النهاية اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ١٩٩٣) .

وأوضحت نتائج عدد من الدراسات أنه في سن الرابعة إلى سن السادسة عشر كان هناك ٥،٥% يعانون من اضطراب المسلك (أوفورد وآخرون Offord et al. ، ١٩٨٩) ، ونظراً لأنه ليس كل الشباب الذي لديه اضطراب المسلك يكون لديه سجل إجرامي ، وليس كل الشباب الذي له سجل إجرامي يكون لديه اضطراب المسلك فإن إحصائيات الجريمة يمكن أن تزودنا بالمعلومات ولكنها مثيرة للجدل بدرجة كبيرة جداً ، فنسبة الشباب المتهم بجرائم عنف في كندا في ازدياد مستمر ففي عام ١٩٨٦ كان هناك حوالي ٤٠٨ شاباً من كل ألف شاب تم اتهامهم بارتكاب جرائم عنف (تشمل القتل ، والشروع في القتل ، والاعتداء ، والاعتداءات الجنسية ، والاختطاف والسرقة بالإكراه أو السرقة المسلحة) وفي عام ١٩٩٥ ازداد معدل الجريمة إلى ٩٣٨ مما يمثل معدل نمو بنسبة ١٣% في السنة ومن المتوقع أن تصل النسبة إلى ٣١% في العينة السكانية للأحداث خلال العقدين القادمين (ليندلي Lindley ، ٢٠٠١) ،

ونتيجة لذلك فإن اضطراب المسلك سيستمر في أن يكون مشكلة صحية عامة على درجة كبيرة من الأهمية ، ويستحق انتباهاً كبيراً من مجتمع الصحة النفسية ومن النظام القضائي للأحداث .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية إلى أن نسب انتشار اضطراب المسلك تحت سن ١٨ سنة تظهر بدرجة كبيرة لدى الذكور عنها لدى الإناث ، فتتراوح النسبة بين ٦ : ١٦% لدى الذكور وبين ٢ : ٩% لدى الإناث ، وتختلف هذه المعدلات بمدى العمر الزمني ، ونوع الاضطراب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) .

وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن نسب الانتشار لدى الأولاد ثلاثة أضعاف نسبة الانتشار لدى البنات (هولمز Holmes ، ١٩٩٤) ، وتقدر دراسات أخرى نسب الانتشار بين الجمهور تحت سن ١٨ سنة ما بين ٤% : ١٦% (كوهين وآخرون Cohen et al. ، ١٩٩٣) ، كما تشير نتائج دراسات أخرى إلى أن نسبة الانتشار بين الذكور والإناث تتراوح بين ٣ : ١ ، ٥ : ١ على الترتيب (بويلي وآخرون Boyle et al. ، ١٩٩٢) ، وعلى الرغم من ارتفاع النسب بين الأولاد عن الفتيات في جميع الأعمار فإن الفجوة بينهما تتغلق في مرحلة المراهقة ، وقبل مرحلة المراهقة المتأخرة تتفوق الفتيات على الأولاد في بداية حدوث اضطراب المسلك (أوفورد Offord ، ١٩٨٧ ؛ أوفورد Offord ، ١٩٩٠) .

وانتشار اضطراب المسلك لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين

٥ - ١٠ سنوات يكون بمعدل ١,٧ % بالنسبة للبنين ، ٠,٠٦ % بالنسبة للبنات (ميلتزر وآخرون . Meltzer et al. ، ٢٠٠٠) ، وتوجد أيضاً فروق بخصوص الجنس أو النوع بالنسبة لعمر بداية حدوث اضطراب المسلك ؛ حيث أظهرت نتائج عدد من الدراسات أن عمر حدوث الاضطراب لدى الأطفال الذين يتم تحويلهم إلى عيادات الصحة النفسية والذين لديهم سلوك معادى للمجتمع كان في مدى عمري يتراوح من ٨ - ١٠ سنوات ، وهناك نسبة تقدر بـ ٥٧ % من الأولاد كان لديهم بداية لحدوث الاضطراب في سن العاشرة ، وبالنسبة للفتيات كانت بداية حدوث الاضطراب بصفة أساسية تتراوح بين ١٤ - ١٦ سنة (لاهي وآخرون . Lahey et al. ، ٢٠٠٠ ؛ مانيوزا وآخرون . Mannuzza et al. ، ٢٠٠٤ ؛ ولفندن وآخرون . Wollfenden et al. ، ٢٠٠٢) .

ويعد اضطراب المسلك من أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتشاراً في مرحلة الطفولة ، وهو السبب الأكثر شيوعاً للتحويل للعلاج النفسي والطبي ، واستناداً إلى دراسة مسحية قام بها مكتب الإحصاءات القومية Office for National Statistics (ONS) بالولايات المتحدة الأمريكية اتضح أن ٣,٥ % من جميع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ - ١٥ سنة كان لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي بدرجة دالة (أوريلي O'Reilly ، ٢٠٠٥) ويعد انتشار المشكلات السلوكية عالياً أيضاً بين الأطفال الذين في عمر ما قبل المدرسة ، ولكن في هذا العمر يُعد تشخيص اضطراب المسلك غير شائعاً ، وبينت إحدى الدراسات أن معدل انتشار المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يبلغون من العمر ثلاث سنوات يكون متشابهاً في العينات السكانية الريفية وكذلك الحضرية بنسبة تصل إلى حوالي ١٣ % من إجمالي

العينة (تومسون وآخرون Thomson et al. ، ١٩٩٦) .

وهناك دراسة أخرى أجريت في نيوزيلندا أوضحت أن معدل الانتشار وصل إلى ٢٢,٥% على الرغم من استخدام عتبة تشخيصية أكثر انخفاضاً في هذه الدراسة عما هو معتاد (بافيولوري وآخرون Pavuluri et al. ، ١٩٩٥) ، وتوجد نسبة تقدر بـ ٣% : ٧% من الأطفال الذين يظهرون سلوكيات خطيرة تكفي للإفادة بتشخيصهم بوجود اضطراب المسلك لديهم (كوستللو وآخرون Costello et al. ، ٢٠٠٣) .

ومع ذلك فإن سلوكيات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تشكل عبئاً وتكلفة عالية على المجتمع فمثلاً فتكلفة التخريب الذي يسببه الأحداث في المدارس في الولايات المتحدة تزيد على ٩٠٠ مليون دولار كل عام ، ويمثل الأحداث ٢٠% تقريباً في جميع الجرائم العنيفة التي يتم القبض عليهم فيها ، وحوالي ٥٠% من المراهقين ، ٢٥% من المراهقات يذكرون أن شخصاً قد هاجمهم في المدرسة (موجان وآخرون Maughan et al. ، ٢٠٠٤) ، ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال ذوي اضطراب المسلك لا يمثلون لمعايير المدرسة في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد (موجان وآخرين Maughan et al. ، ٢٠٠٠) .

وبسبب الصعوبات المتعلقة بالتعريف فإن انتشار اضطراب المسلك من المستحيل تقريباً تقديره بدرجة دقيقة ، ومع ذلك يمكننا القول بقليل من الشك أن انتشار اضطراب المسلك يعتبر شائعاً تماماً ، فعلى سبيل المثال أوضحت دراسة حديثة قامت بها كرايك Kralik (٢٠٠٩) والتي اعتمدت على ٢٥٠٠ طفلاً في

مدينة أونتاريو Ontario بكتدا أن ٨% من البنين وحوالي ٣% من البنات الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ - ١٦ عاماً قد انطبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل لاضطراب المسلك .

ويشارك حوالي ٥٠% من المراهقين في سلوكيات إجرامية ، وفي سوء استخدام المخدرات ، بينما نجد أن حوالي ٧٥% - ٨٥% من الكبار يعانون من البطالة ، ولديهم توارخ تفيد بوجود علاقات شخصية غير مستقرة ويتورطون بطريقة متكررة في العدوان الجسدي أو الإساءة إلى شركاء حياتهم ، وهناك نسبة تتراوح بين ٣٥% : ٤٠% يتم تشخيصها في مرحلة الرشيد بما يفيد وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، والمراهقين الذين حدث لهم اضطراب المسلك وهم صغار من المحتمل بدرجة أكبر أن يستمر اضطراب المسلك لديهم في مرحلة الشباب ، ويظهرون مجموعة كبيرة من المشكلات النفسية والسلوك العنيف والسرقة (نولن - هويكسما Nolen - Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

كما أن معدلات انتشار اضطراب المسلك لها نمط مختلف عن معدلات انتشار اضطراب العناد والتحدي ، فقد أوضحت نتائج الدراسات الطولية أن عمر بداية حدوث اضطراب المسلك يُعد مؤشراً لحدوث السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الرشيد ، والحدوث في مرحلة الطفولة يرتبط بدرجة كبيرة بالسلوك الإجرامي عند الكبر (أو في مرحلة الرشيد) ، والعنف ، وسوء استخدام المادة وذلك بدرجة أكبر عما هو الحال في حالة الحدوث في مرحلة المراهقة (ميلر Miller ، ٢٠٠٦) ، وفي دراسة طولية وجد أن ٧٦% من الذكور ، ٣٠% من الإناث الذين لديهم تاريخ يفيد بمعاناتهم من مشكلات سلوكية في مرحلة

الطفولة كان لديهم إما سجل إجرامي أو تشخيص يفيد بوجود اضطراب عقلي ،
وسوء استخدام المادة ، أو كلاهما عند بلوغهم الثلاثين من العمر (ليابو
وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

وهذا ما أوضحتته نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد
والتي أكدت على أن الأطفال الذين يظهرون العدوان البدني مبكراً في حياتهم
يظهرون مشكلات سلوكية مزمنة في مرحلة الرشد .

ويعتبر انتشار اضطراب المسلك الذي يتم تشخيصه كإلينيكيأ أمراً هاماً
وأساسياً ويتراوح من ٢% - ٦% عند جميع الأطفال (أنجولد وكوستيلو
Angold & Costello ، ٢٠٠١ ؛ هينشو ولي Hinshaw & Lee ، ٢٠٠٣) ،
ويزيد انتشار اضطراب العناد والتحدي بمعدل مرتين عن معدل انتشار
اضطراب المسلك ، وتصل النسبة في المتوسط إلى ١٢% من جميع الأطفال
(نوتيلمان وجينسن Nottelman & Jensen ، ١٩٩٥) ، ومع ذلك يجب أن
يوضع في الاعتبار أن الانتشار يختلف بدرجة كبيرة فيما يتعلق بكيفية تعريف أو
تحديد مشكلات المسلك ، ونوع أو جنس الطفل ، وعمره الزمني ، والمستوى
الاجتماعي الاقتصادي .

وتعد معرفة انتشار الاضطراب ضرورية من أجل التخطيط وتوفير
الخدمات الوقائية ، ويتأثر انتشار اضطراب المسلك بمجموعة من العوامل التي
تتضمن طبيعة المعايير التشخيصية المستخدمة ، والمقاييس التي تم استخدامها
لتقدير وجود الاضطراب ، والإطار الزمني ، وموقع الدراسة ، وبالوضع في
الاعتبار هذه التحديات يمكن أن نحدد مدى اضطراب المسلك ، واضطراب العناد

والتحدي ، وأول دراسة مسحية أجريت في المملكة المتحدة قُسام بها ميلتزر وآخرون Meltzer et al. (٢٠٠٠) أظهرت أن معدل انتشار اضطراب المسلك لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ - ١٥ عاماً بلغت ٥,٣% وذلك طبقاً لتعريف اضطراب المسلك في ضوء التصنيف الدولي للأمراض (ICD) ، وكانت المعدلات بالنسبة للبنين أعلى مما هي بالنسبة للبنات وذلك في جميع الأعمار الزمنية .

ويُعد اضطراب المسلك ظاهرة عالمية ؛ حيث يتعدى مدى الثقافات ، كما أن معدلات الانتشار تتشابه إلى حد كبير بين الدول ؛ فبينما تصل في هولندا على ٥,٦% ، نجد أنها تصل إلى ٤,٤% في الولايات المتحدة الأمريكية (شافير وآخرون Shaffer et al. ، ١٩٩٦) .

ويوجد نقص في إجماع أو اتفاق الآراء فيما يتعلق بانتشار اضطراب المسلك عبر الأعمال المختلفة ، فبعض الدراسات أوضحت أن اضطراب المسلك يزداد في الفترة من الطفولة المتوسطة حتى المراهقة ، بينما هناك دراسات أخرى لم تجد أي تأثير للعمر الزمني على حدوث الاضطراب وربما يرجع هذا التفاوت إلى المعايير التشخيصية المستخدمة وأدوات القياس ، يضاف إلى ذلك أن مجموعة المؤلفات الخاصة بالاضطراب تصف بوضوح وجود زيادة لأوجه سلوك معينة كالسرقة في مرحلة الطفولة والتي تستمر حتى المراهقة ، وعلى الرغم من أن الأشكال الأكثر اعتدالاً للعنوان تتناقص أو تنخفض مع النمو إلا أن السلوك العدواني الخطير كالقتل والاغتصاب يزداد مع النمو .

وبصفة عامة فإن اضطراب المسلك يعتبر أكثر شيوعاً لدى البنين عما هو

لدى البنات وذلك على الرغم من أنه يصعب تقدير النسبة بدقة وذلك بسبب الفروق في مناهج البحث وطرق التقدير المتبعة في الدراسات ، ومع ذلك إذا تم الوضع في الاعتبار الأنواع الفرعية التي يتم تعريفها بالعمر أو السن فإن هذه النسبة العالية أو السائدة للذكور تعتبر صحيحة بالنسبة لاضطراب المسلك الذي يبدأ في سن مبكرة ولكنها أقل من ذلك بالنسبة للحدوث أو البداية المتأخرة للاضطراب .

ويكون اضطراب المسلك أكثر شيوعاً في البيئات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، ولكن حتى اليوم لا يوجد دليل كافٍ يؤيد الفروق في الانتشار بين الأحياء أو المناطق المحرومة وبين الأحياء أو المناطق الراقية الواقعة داخل المدن وكذلك بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية ، وبصفة عامة فإن اضطراب المسلك أصبح الآن أكثر شيوعاً من أي وقت مضى .

وتوجد بيانات تؤكد فكرة أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات ، وذلك على الرغم من أن ذلك يعد مثار جدل أو نزاع فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالات أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

النوع أو الجنس Gender

تكون الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع فيما يتعلق بالسلوك المعادي للمجتمع أكثر وضوحاً في سن الرابعة ، ومعدل حدوث السلوك المعادي للمجتمع

يكون أعلى ٣ مرات أو ٤ مرات بالنسبة للبنين عن البنات وذلك أثناء مرحلة الطفولة ؛ حيث يظهر البنين عمر مبكر لبداية حدوث الاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإن الفتيات يظهرن أيضاً مشكلات سلوكية حادة تنتشر بنسبة ٣% بين جميع الفتيات (كينان وآخرون . Keenan et al. ، ١٩٩٩ ؛ لاهي وآخرون . Lahey et al. ، ٢٠٠٠) ، ويزداد تفاوت أو تباين النوع في مشكلات المسلك خلال مرحلة الطفولة الوسطى ، ويضيق بدرجة كبيرة في مرحلة المراهقة المبكرة ، وهذا التفاوت يرجع في المقام الأول إلى زيادة السلوك المعادي للمجتمع غير العدواني والخفي ، ثم يزداد هذا التفاوت مرة أخرى في مرحلة المراهقة المتأخرة وما بعدها (موفيت وآخرون . Moffitt et al. ، ٢٠٠١) ، وعلى النقيض من الأولاد الذين تكون أعراضهم المرضية الأولية لاضطراب المسلك هي العدوان والسرقعة ، فإن الأعراض المرضية بالنسبة للفتيات تكون عادة متمثلة في سوء السلوك الجنسي ، والبنات المنتهكات للنظام الاجتماعي السائد من المحتمل بدرجة أكبر من البنات الأخريات أن يطورن علاقات مع الأولاد المنتهكين للنظام الاجتماعي السائد ثم يصبحن حوامل في سن مبكرة ، ويظهرن قدراً كبيراً من المشكلات اللاحقة التي تتمثل في القلق والاكتئاب والأسلوب الوالدي الرديء (برويدي وآخرون . Broidy et al. ، ٢٠٠٣) .

ويظل البنين أكثر عنفاً من البنات خلال مراحل حياتهم ، ومن المحتمل بدرجة أكبر أن يشتركوا في أعمال متكررة تتمثل في العنف الجسدي (أودجيرز وموريتي Odgers & Moretti ، ٢٠٠٢) ، وتتراوح نسبة انتشار اضطراب المسلك المزمن منذ مرحلة الطفولة المبكرة بين البنين إلى البنات ١٠ : ١ وعلى العكس فإن الأشكال العابرة من السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة

المراقبة تبين أن نسبته بين البنين إلى البنات ٢ : ١ (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠١) ، وبالإضافة إلى ذلك فإنه عندما يحدث العدوان الجسدي من جانب البنات أثناء مرحلة الطفولة لا ينبئ بعنف جسدي مستمر أو أشكال أخرى من الانحراف في مرحلة المراهقة كما هو الحال مع البنين (برويدي وآخرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) ، وهذا لا يعنى أن البنات غير عنيفات فحوالي ٤٥% منهن يرتكبن عملاً عنيفاً واحداً على الأقل بالمقارنة بنسبة ٦٥% من الأولاد ، ومن الأمور الهامة أن الفرق المتعلق بالجنس أو النوع في السلوك المعادي للمجتمع قد انخفض بما يزيد على ٥٠% خلال السنوات العشرين الماضية ، ولسوء الحظ فإن السلوك المعادي للمجتمع أصبح كربة أو معاناة متكافئة الفرص (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

تفسير الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع :

إن الأسباب المحددة للفروق المتعلقة بالجنس أو النوع في السلوك المعادي للمجتمع ليست معروفة وذلك على الرغم من أن الفروق في عوامل المخاطرة الجينية أو الوراثية والبيولوجية العصبية Neurobiological ، والبيئية تلعب دوراً في ذلك ، فوجد أن العوامل الوراثية هي السائدة لدى البنات فيما يتعلق باستخدامهن للمادة ، بينما استخدام المادة عند البنين يبدو أنه يرتبط بدرجة أكبر بالعوامل البيئية مثل الخلل الوظيفي الأسري والأقران المنحرفين (سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ٢٠٠٣) .

وترتبط الانخفاضات الحادة في إنتاج التستوستيرون Testosterone وهو هرمون ذكري تفرزه الخصيتين وهو المسئول عن الصفات الجنسية الثانوية بحدوث السلوك المشين وهذه الانخفاضات تكون أعلى لدى الإناث عنها لدى

الذكور (جرانجر وآخرون Granger et al. ، ٢٠٠٣) ، ويسهل على البنات الاشتراك في عملية المشاركة الاجتماعية بدرجة أكبر من البنين وذلك لأن البنات لديهن مهارات اتصال متقدمة ومستويات مرتفعة للمشاركة الوجدانية Empathy والتحكم الكفي Hibitory Control في سن مبكرة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، واتفاقاً مع هذا الرأي تكون البنات أقل احتمالاً من البنين لأن ينسب النوايا العدوانية لسلوك الآخرين .

وربما تكون الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع نتيجة لتعريفات مشكلات المسلك التي تؤكد بشدة على العدوان الجسدي وتهمل إلى حد ما السلوك العدواني الأقل حدة من الناحية الجسدية لأشكال السلوك المعادي للمجتمع الذي يميز الإناث ، فعندما تكون الإناث غاضبات يستخدمن أشكالاً غير مباشرة للعدوان مثل الإهانات اللفظية ، والنميمة ، والثرثرة ، والوشاية ، والنمذ أو المقاطعة ، واللجوء إلى الأعمال الانتقامية عن طريق طرف ثالث (كريك ونيلسون Nelson Crick & ، ٢٠٠٢ ؛ أندروود Underwood ، ٢٠٠٣) ، وعلاوة على ذلك نجد أن البنات يكن أكثر احتمالاً من البنين في أن يصبحن متكررات أو غاضبات وعندما ينتقلن إلى مرحلة المراهقة فإن وظيفة سلوكهن العدواني تدور حول قبول الجماعة والانتماء ، بينما بالنسبة للبنين يظل العدوان متضمناً القوة والمواجهة (كريك وروز Crick & Rose ، ٢٠٠٠) .

وسلوك الفتيات اللاتي تعانين من اضطراب المسلك يكون أكثر تسيراً أو تخفياً وذلك لأن الأولاد يشتركون عادة في سلوكيات تتسم بالمناورة ، والشقاوة ، والفتونة ، والتشاجر أو القتال ، وعدم الامتثال وذلك عكس ما هو الحال عند

الفتيات ، ويكون السلوك الظاهر المعادي للمجتمع أكثر شيوعاً عند البنين نظراً لأن أعراضهم المرضية تكون ملحوظة بدرجة أكبر في سن مبكرة وهذا يمكن أن يفسر أو يعلل العمر المبكر لبداية حدوث مشكلات المسلك عند البنين ؛ وحيث إن الظهور المبكر للسلوك المعادي للمجتمع يمكن ملاحظته بدرجة أقل عند البنات فإن المعايير التشخيصية يتم الاحتياج إليها للكشف عن البنات اللاتي لديهن اضطراب المسلك في سن مبكرة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويعرض الفتيات مسارات مختلفة للسلوك المعادي للمجتمع بشكل أكبر مما في حالة البنين ، أحد هذه المسارات هو مسار بداية الحدوث المبكر وهذا المسار يصف الفتيات اللاتي يعرضن السلوك المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع خلال مرحلة الطفولة ، وكذلك اللاتي يرتبطن بالأقران المنحرفين ويعرضن أو يظهرن السلوك المنحرف ، ويستخدمن المخدرات أثناء مرحلة المراهقة ، والمسار الثاني هو الذي يشار إليه على أنه المسار المتعلق بالحدوث المرجأ أو المتأخر وهذا المسار يصف الفتيات اللاتي لديهن الكثير من عوامل المخاطرة من جراء السلوك المعادي للمجتمع مثل أوجه العجز المعرفي وأوجه العجز النفسعصبى ، والبيئات الأسرية المختلفة ، ولا يبدأ الفتيات في عرض أو إظهار السلوك المعادي للمجتمع حتى تحين مرحلة المراهقة (سيلفرثورن وفريك Silverthorn & Frick ، ١٩٩٩) .

الفصل الثاني

مسار الاضطراب وسباق نموه

مقدمة :

يجمع الكثيرون على أن تتبع سير المرض يكون رديئاً ؛ حيث يؤدي إلى عديد من المشكلات السلوكية التي تتبئ بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف والسلوك التدميري والإجرامي ، وهذا يعني أن الكثير من الأطفال المصابين باضطراب المسلك يتحولون إلى مجرمين عندما يصبحون راشدين ، ويرى عدد من الباحثين أن البداية المبكرة لاضطراب المسلك تكون مستقرة بدرجة ملحوظة ، فوجد أن ٦٢% من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثلاث سنوات والمصابين باضطراب المسلك استمروا في سلوكياتهم المضطربة حتى سن الثامنة ، كما أن الأطفال الذين بدأوا في الأعمال العنيفة الخطيرة قبل سن الحادية عشر يستمرون في هذا النوع من الإساءة بعد سن العشرين (بابينسكى وآخرون Babiniski et al. ، ١٩٩٩ ؛ فيشر وآخرون Fisher et al. ، ٢٠٠٢) ، وفي الواقع فإن حدوث اضطراب المسلك من جانب الأطفال والمراهقين ينبئ بحدوث مشكلات تالية في مرحلة الرشد تشمل السلوك الإجرامي ، وتعاطي الخمر ، والشخصية المضادة للمجتمع ، كما ينبئ اضطراب المسلك أيضاً بحدوث العديد من الاضطرابات السيكاترية كالإكتئاب والاضطرابات الذهانية ... إلخ يضاف إلى ذلك أن هناك العديد من الأفراد يقعون ضحايا لما يقترفه مثل هؤلاء الأفراد المضطربين سلوكياً من أفعال مضادة للمجتمع كالقتل والاعتصاب والسرقه بالإكراه وإحراق المباني والممتلكات عن عمد .

مسار الاضطراب :

توصلت نتائج دراسة مانيوزا وآخرون Mannuzza et al. (٢٠٠٤)

إلى أن الأطفال الذين حدث لهم اضطراب المسلك في سن عشر سنوات ، وإحدى عشر سنة كانت حالتهم أكثر سوءاً في فترة المتابعة في سن ١٤ ، ١٥ سنة ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لديهم مشكلات أخرى .

وأشارت نتائج دراسة هيل Hill (٢٠٠٢) إلى أن نصف الأفراد في المرحلة العمرية من ٨ - ١٠ سنوات الذين يتسم سلوكهم بمعاداة المجتمع ظل هذا السلوك يلزمهم حتى سن ١٤ سنة ، وفي سن ١٨ سنة وجد أن ٤٣% منهم كان سلوكهم أكثر عداءً للمجتمع .

وأوضح فيتارو وآخرون Vitaro et al. (٢٠٠١) أنه نادراً ما يوجد راشد لديه سلوك مضاد للمجتمع لم يظهر لديه اضطراب المسلك وهو طفل على الرغم من أن هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأطفال الذين تم تحديدهم على أن لديهم اضطراب المسلك كان سلوكهم معادياً للمجتمع عند دخولهم مرحلة الرشد ، بينما أوضحت نتائج زوكوليلو وروجرز Zoccolillo & Rogers (١٩٩١) أنه من ٤٠% - ٥٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يحدث لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد .

وأوضح وودوارد وفيرجسون Woodward & Fergusson (١٩٩٩) أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ولم يظهروا اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع قد يحدث لهم سلسلة من الاضطرابات النفسية الأخرى بما في ذلك سوء استخدام المادة ، والهوس ، والفصام ، والوسواس القهري ، واضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب الهلع .

ويشير روبنز Robins (١٩٩١) أن روبترال Robtral اختبر

مجموعة من الراشدين الذين كانوا يعانون من اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة ليرى ما إذا كانوا يستوفون المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أم لا ، وتوصل إلى أن ٤٨% من المفحوصين الذين استوفوا المحكات التشخيصية بدأت أعراضهم المرضية بعد سن ١٢ سنة ، وأن ٣٥% من المفحوصين الذين استوفوا المحكات التشخيصية بدأت أعراضهم المرضية بين ٦ - ١٢ سنة ، وأن ٧١% من المفحوصين الذين استوفوا المحكات التشخيصية بدأت أعراضهم المرضية قبل سن السادسة .

وأوضحت ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson (٢٠٠٧) أن الفتيات المراهقات المصابات باضطراب المسلك كان مسار الاضطراب لديهن سيئاً كما هو الحال لدى الذكور ؛ حيث استوفي معهن المحكات التشخيصية للقلق والاكتئاب ، كما عانى ٨١% من أفراد العينة من مشكلات متعددة منها الهروب من المدرسة ، والخروج عن القانون ، والهروب من البيت ، والحمل قبل عمر ١٧ سنة ، ومحاولات الانتحار .

وتؤكد دراسة قام بها هربرتز وآخرون Herpertz et al. (٢٠٠٥) حدوث معدلات عليا للوفيات نتيجة للعنف بين الأفراد الصغار الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب المسلك ، بالإضافة إلى حدوث مشكلات طبية نفسية عديدة ، كما أن الكثير منهم يحدث لديه سلوكيات مضادة للمجتمع تشمل السرقة ، والعنف مع الآخرين ، وتدمير الممتلكات ، واستخدام المخدرات ، وحمل واستخدام الأسلحة ، والعنف الجماعي .

وتوصل هارادا وآخرون Harada et al. (٢٠٠٢ أ) إلى أن اضطراب المسلك يرتبط بكل من الفشل في إتمام أو استكمال التعليم المدرسي ، والعلاقات البينشخصية الرديئة وعلى الأخص عدم استقرار

العلاقات الأسرية ، والبطالة ، والطلاق ، والاعتماد على الغير ، وقد وجد أن هذه المشكلات تؤدي إلى الإساءة للجيل القادم من الأطفال وبالتالي إلى زيادة الفرصة لديهم لحدوث اضطراب المسلك ، ونظراً لأن اضطراب المسلك يُعد اضطراباً شائعاً وله نتائج سائدة طويلة الأمد فمن المهم جداً اعتباره مشكلة صحية عامة على قدر كبير من الأهمية .

وينبئ اضطراب المسلك بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد ، وهذه النتائج تشمل الانحراف ، والسلوك الإجرامي ، والتسرب من المدرسة ، والتحصيل التعليمي الرديء ، وإدمان الخمر ، وسوء استخدام المخدرات ، والنتائج الرديئة فيما يتعلق بالعمل والزواج ، والعنف الأسري ، والإساءة للطفل وسلسلة من الاضطرابات النفسية الأخرى (شامبيون وآخرون Champion et al. ، ١٩٩٥ ، روتر Rutter ، ١٩٩٧ ، ريلموتو وآخرون Realmuto et al. ، ٢٠٠٤) .

وحوالي ٤٠% من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم من ٧ - ٨ سنوات والذين لديهم اضطراب المسلك يصبحون منحرفين وهم في مرحلة المراهقة وأن ما يزيد على ٩٠% من الأحداث الجانحين الذين يعودون إلى ممارسة سلوك الانحراف كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال ، ونظراً لأن الحالة لا يمكن تتبعها نسبياً عند تشخيصها في مرحلة المراهقة وتكون مستقرة أو ثابتة بمرور الوقت فإن الكثير من المراهقين الذين لديهم سلوك معادي للمجتمع يتطلبون علاجاً في مرحلة الرشد (كازدين Kazdin ، ١٩٩٦) .

ويرى محمد المهدي (٢٠٠٧) أنه في الحالات البسيطة والمتوسطة وغير المصحوبة باضطرابات نفسية أو خلل في القدرات العقلية فإن مآلها يكون مشجعاً خاصة إذا انتبهت الأسرة لمشكلات الطفل وبادرت إلى التماسك

والتكاتف لحلها في حالة وجود الأب ، ووجود حالة من الدفء العاطفي داخل الأسرة ، ووجود حالة من الحب يعيشها الابن أو البنت مع شخص مهم فسي حياته كالأب أو الأم أو المدرس أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو المرشد الديني .

وبتتبع سير المرض لدى الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك نجده رديئاً ، ولقد لخصت كراليك Kralik (٢٠٠٩) العديد من الدراسات الطولية التي تفحص السلوك المعادي للمجتمع مع متابعات استمرت ثلاثين عاماً ، وأوضحت نتائجها أن الكبار الذين يتسم سلوكهم بالعداء للمجتمع ومعاييرهم بدرجة كبيرة ، كان لديهم أيضاً سلوك معادي للمجتمع عندما كانوا أطفالاً ، ومع ذلك فأكثر من نصف الأطفال المعادين للمجتمع لم يستمروا ليصبحوا عدوانيين ومعادين للمجتمع في مرحلة الرشد ، وبالتالي فإن مشكلات المسلك قد تكون شرطاً ضرورياً ، ولكنه غير كاف لوجود السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الرشد ، ويوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أنه كلما كان حدوث مشكلات المسلك مبكراً كلما كان من المحتمل بدرجة أكبر وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد .

وعلى الرغم من أن غالبية الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تم إجراؤها على الذكور فإن دراسة مارمورستين Marmorstein (٢٠٠١) والتي تتبعت ٥٥ فتاة مراهقة من المودعات في المستشفى للعلاج من اضطراب المسلك ، أوضحت نتائجها أنه كما هو الحال بالنسبة للبنين أو الذكور كانت الغالبية العظمى من هؤلاء الخاضعات للدراسة لديهن تاريخ يفيد استخدام المادة ، وانطبقت عليهن تماماً المعايير التشخيصية للاكتئاب ، والقلق ، وهذه النتيجة تتماشى مع السير الرديء للاضطراب الموجود لدى

الذكور ، فكانت هناك نسبة تصل إلى ٨٨% من أفراد العينة لديهم مشكلات اشتملت على الوفاة قبل الأوان (٦%) ، والتسرب من المدرسة (٤%) ومواجهات مع النظام القضائي نتيجة الخروج على القانون (٥٠%) ، والهروب من البيت ليلاً (٢٨%) ، ومحاولات الانتحار (١٢%) .

ويتحسن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع المعتدل بمرور الوقت ، ولكن في الحالات الحادة يستمرون حتى يصلون إلى مرحلة الرشد ، وهذا يؤدي إلى حدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو مشكلات سلوكية أخرى (كابالدي وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، وكثير من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتم طردهم من المدارس ووضعهم في ملاجئ أو يتم حبسهم ، وعندما يقوم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٨ سنوات إلى ١٨ سنة بخرق القانون يتم تصنيفهم تحت بند المنحرفون الأحداث أو الأحداث الجانحون Juvenile Delinquents ، وأكثر من نصف الأحداث الذين يتم القبض عليهم كل عام يكونون من نوى السوابق أو من معتادي الإجرام Recidivists أو ممن يعودون إلى ارتكاب جرائمهم من جديد ، ويتورط الذكور بدرجة أكبر من الإناث في جرائم الأحداث وذلك على الرغم من أن المعدلات بالنسبة للإناث في ازدياد مستمر ، ومن المحتمل أن يتم القبض عليهم في جرائم استخدام المخدرات والجرائم الجنسية والهروب ، أما الذكور فيتم القبض عليهم نتيجة استخدام المخدرات وارتكاب الجرائم ضد الممتلكات ، ومعدلات القبض على المراهقين نتيجة ارتكابهم جرائم خطيرة ازدادت ثلاثة أضعاف خلال العشرة أعوام الماضية (رادو Radu ، ٢٠٠٩) .

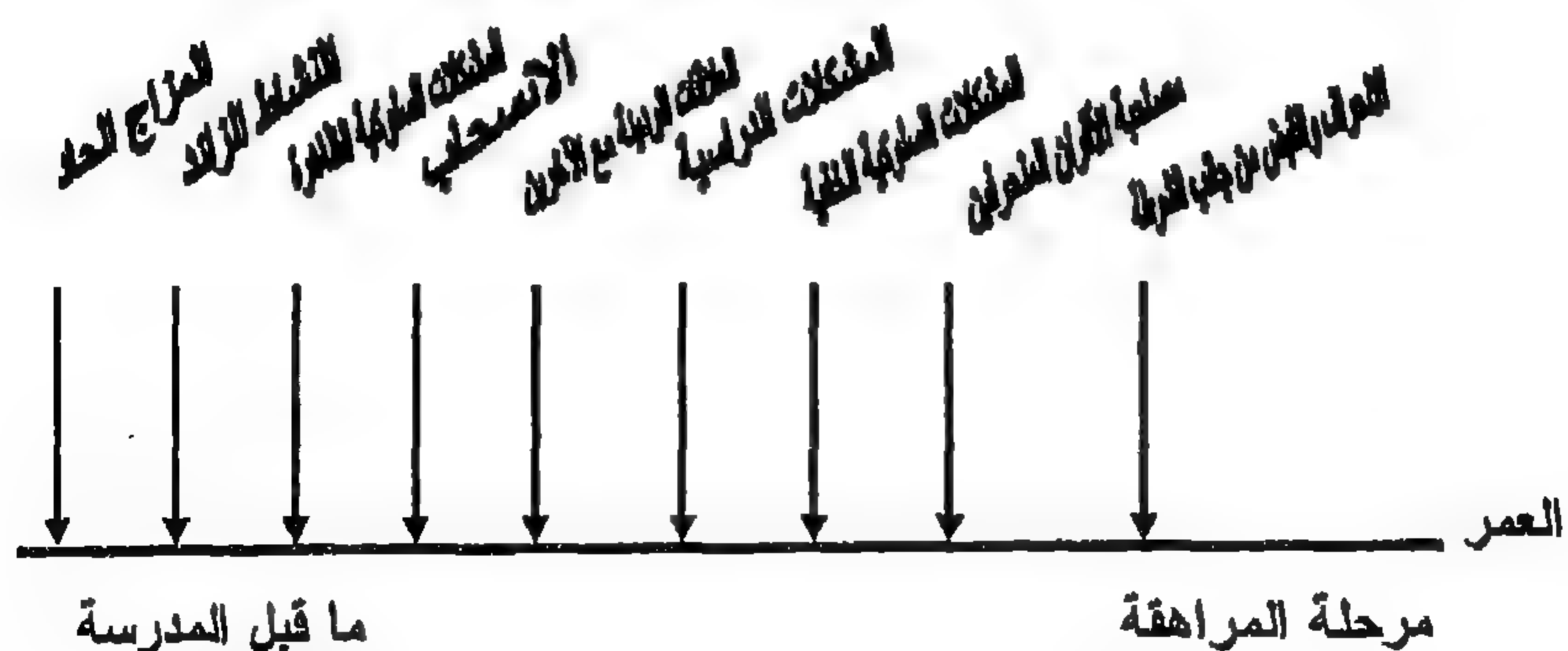
ويُعد اضطراب المسلك أخطر في تتابعه أو نتائجه من اضطراب العناد والتحدي ، ويرجع ذلك إلى انتهاك المعايير المجتمعية الهامة ، والاستخفاف

بحقوق الآخرين ، وتتضمن السلوكيات الملازمة لاضطراب المسلك عادة الأعمال العدوانية التي تسبب الأذى أو تهدد الناس والحيوانات بإلحاق الضرر بهم ، أو السلوك الذي يسبب إتلاف الممتلكات ، كما يتضمن أيضاً الخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، والعديد من سمات هذه السلوكيات لابد أن تحدث في السنة الماضية أو لابد أن يمر عليها عام كامل ، وان يكون أحد هذه السلوكيات على الأقل قد حدث خلال الستة شهور الماضية ، وذلك لكي يتم التشخيص بما يفيد وجود اضطراب المسلك .

وعلى الرغم من أن العدوان البدني ليس موجوداً في جميع حالات اضطراب المسلك إلا أنه يعد مشكلة شائعة وسبباً لكثير من الإصابات والوفيات ، فهناك نسبة تصل إلى ١٥% تقريباً من تلاميذ المدارس الثانوية ذكروا أنهم اشتركوا في قتال بدني في المدرسة خلال مدة لا تتجاوز الشهر ويُعد التصرف بقسوة وغطرسة مع الآخرين (البلطجة) مشكلة كبيرة في كثير من المدارس ، كما يعتبر العدوان البدني المبكر مؤشراً أو منبئاً بمصاعب أو مشكلات فيما بعد ، فالأولاد أو الصبية العدوانيين في مرحلة الطفولة من المحتمل أن يكونوا عدوانيين فيما بعد في حياتهم أو في فترة لاحقة من حياتهم (برامي وآخرون Brame et al. ، ٢٠٠١) وهناك دليل على أن المعاملة التي تتضمن مساعدة الوالدين على التعامل مع الضغوط ، وتعليمهم مهارات والدية أفضل تقلل من السلوك العدواني والمعادى للمجتمع عند الأطفال ، وهذا يوحي بأن العلاقات الودية بين الطفل والوالدين أو أحدهما تصف أو تصور الكثير من هذه الحالات (كازدين ووتيلي Kazdin & Whitley ، ٢٠٠٣) .

وعلى الرغم من أن اضطراب المسلك يحدث في كل البلاد والثقافات ، فإن مستوى حدوثه يختلف من ثقافة إلى أخرى ، ورغم هذا الفرق فإن العوامل التي تنبئ بحدوث اضطراب المسلك على المدى الطويل تعتبر

متشابهة عبر كل من الزمان والمكان ، ولا يتلقى البنين التشخيص بدرجة أكبر من البنات ، ولكن النمط العمري له دور في ذلك ، فبالنسبة للبنين الذين تتراوح أعمارهم من ١٠ - ٢٠ سنة فإن المعدل يكون أعلى في سن العاشرة وينخفض بعد ذلك ، وبالنسبة للبنات فإن منتصف مرحلة المراهقة يمثل الذروة في هذا السلوك ، وذلك على الرغم من أن المعدل الإجمالي يظل منخفضاً عن المعدل بالنسبة للبنين ، والأفراد الذين يستمرون في الاضطراب حتى نهاية المراهقة وتطبق عليهم المعايير التشخيصية بالنسبة لاضطراب المسلك يكونون في مخاطرة كبيرة من جراء حدوث السلوك المعادي للمجتمع وسوء استخدام المادة ، وساعدت الدراسات الطولية أو التتبعية بدرجة كبيرة على فهم الأنماط السلوكية المنافية للأعراف السائدة في المجتمع وذلك عن طريق كشف حركة السير العام أو الإنمائي والتباينات الهامة في هذا الصدد ، ويعرض الشكل التالي ترتيب الأشكال المختلفة للسلوك الفوضوي أو المشين والسلوك المعادي للمجتمع وذلك من مرحلة الطفولة المبكرة حتى مرحلة المراهقة .



شكل (١) الأشكال المختلفة للسلوك الفوضوي أو المشين والسلوك المعادي للمجتمع من الطفولة حتى المراهقة

والعلامات الأولية للسلوك المنافي للقواعد والأعراف السائدة في المجتمع يمكن النظر إليها على أنها تتمثل في المزاج الحاد أو الصعب Difficult Temperament في السنوات الأولى من حياة الطفل والذي يتم التعبير عنه أو إظهاره في صورة سرعة الغضب ، والنوم غير المنتظم ، وأنماط تناول الطعام ، وسرعة الاهتياج ، وذلك استجابة أو رداً على الأحداث الجديدة ، وأثناء سنوات ما قبل المدرسة والسنوات الأولى في المدرسة تؤدي أوجه الضعف الإنمائية العصبية Neurodevelopmental نشاط زائد Hyperactivity مع وجود مخاطرة متزايدة من جراء حدوث أشكال بسيطة من أوجه السلوك العدواني والمعارض والتي تصل إلى ذروتها خلال سنوات ما قبل المدرسة (ترمبلاي Tremblay ، ٢٠٠٠) .

ويظهر الأطفال في سن ما قبل المدرسة والذين لديهم اضطراب العناد والتحدي نوبات من الغضب تعبر عن المزاج الحاد والاهتياج ، والحد ، وتظل هذه السلوكيات مستقرة أو ثابتة من سنتين إلى ثلاث سنوات من العمر (كامبل Campbell ، ٢٠٠٢) ، ثم يُظهر الأطفال بعد ذلك مشكلات منها التحكم الرديء في الذات والتي عادة يصاحبها أسلوب والدي رديء ، ومستويات عالية من الضغوط ، وكل ذلك يُعد من المنبئات القوية التي سيستمر فيها الطفل أو يمر بها ونقصد بذلك مشكلات المسلك ، ومعظم الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك يظهرون أشكالاً جديدة من السلوك المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع وذلك بمرور الوقت ، ويصاحب المهارات الاجتماعية الرديئة وأوجه العجز المعرفي السلوكيات التي تدل على العناد والتحدي ، والتي من شأنها أن تولد استعداداً مسبقاً لدى الأطفال للعلاقات الرديئة مع الأقران ، والنبت من جانب الرفاق أو الأقران ، والعزلة الاجتماعية كالانسحاب أو الإحجام ، وعندما يدخل الطفل المدرسة

فإن الاندفاعية ومشكلات الانتباه تؤديان إلى وجود صعوبة القراءة كما تؤدي إلى الفشل في الدراسة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتبدأ مشكلات المسلك الخفية أو المستترة مثل التزويغ من المدرسة أو استخدام المادة في مرحلة الطفولة ، وتزداد حدة هذه المشكلات في مرحلة المراهقة المبكرة ، ومن سن الثامنة إلى العاشرة تبدأ في الظهور سلوكيات كالتشاجر والفتونة ، وإشعال الحرائق ، والتخريب ، والقسوة تجاه الحيوانات والناس ، والسرقه ، وخلال مرحلة المراهقة تصبح المشكلات الجسيمة المتعلقة باضطراب المسلك أكثر تكراراً ، ويزداد السلوك المنحرف بدرجة كبيرة جداً في مرحلة المراهقة المتوسطة ويصل إلى ذروته في حوالي السابعة عشر من العمر ، يلي ذلك انخفاضاً كبيراً جداً في مرحلة المراهقة المتأخرة ومرحلة الرشد المبكرة ، وتتميز مرحلة المراهقة بالاختلاط الشديد بالأقران المنحرفين وبمستويات عالية أو مرتفعة في مرات القبض على هؤلاء المراهقين من جانب الشرطة ، ومن سن الثانية عشر إلى الرابعة عشر ، فإن تدمير الممتلكات ، والهروب من البيت ، والهجوم المفاجئ بقصد السرقة والكسر أو الاقتحام ، واستخدام السلاح ، وممارسة الجنس بالإكراه كل ذلك يحدث ويتكرر مرتفع (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) .

ويظهر الأفراد الذين لديهم مشكلات المسلك عند سن الثامنة عشر أوجه سلوكيات تؤذيهم : تنبئ بمستقبل نسوده السلوكيات المعارضة لقواعد وأعراف المجتمع بما في ذلك الاعتماد على المخدرات والخمور والجنس غير الآمن والتهور في قيادة السيارات (ميللر Miller ، ٢٠٠٥) .

وهل يعني هذا السير الإنمائي للاضطراب أن كل طفل صغير لديه مشكلات سلوكية يصبح مراهقاً منحرفاً ؟ بالطبع لا ، فعلى الرغم من أن

بعض الأطفال يعرضون أو يظهرون أقصى درجة لسير الاضطراب ، فهناك أطفال آخرون يمتنعون عن الاستمرار في سلوكياتهم المنافية للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع في سن مبكرة ، وهناك نسبة تصل إلى حوالي ٥٠% من الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية يتحسنون بالفعل ، والأطفال الذين يكفون أو يمتنعون عن هذه السلوكيات المشينة يميلون إلى أن يظهروا مستويات متدنية فيما يتعلق بمشكلات المسلك المبكرة ، ويكون لديهم ذكاء أعلى ، وينتمون إلى مستويات اجتماعية اقتصادية مرتفعة ، وتكون صداقاتهم مع الأفراد المنحرفين ضعيفة أو منعدمة ولهم والدين لديهما المزيد من المهارات الاجتماعية ، وتكون علاقاتهم الأسرية سوية وخالية من الاضطراب إلى حد كبير (لاهي وآخرون. Lahey et al. ، ٢٠٠٢) .

ومما يجب الإشارة إليه أن الأطفال الذين يمتنعون عن الاستمرار في السلوك الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع في سن مبكرة قد يظهرون مشكلاتهم في مرحلة الرشد المبكر مما يوحي بأن شفائهم يكون غير تام أو غير مكتمل (موفيت وآخرون. Moffitt et al. ، ٢٠٠٢) ، وهناك أطفال آخرون يظهرون مستوى منخفض ومزمن من السلوكيات المعادية للمجتمع وذلك منذ مرحلة الطفولة أو مرحلة المراهقة حتى مرحلة الرشد (فيرجسون وهورود Fergusson & Horwood ، ٢٠٠٢) ، وهذه الفروق تجعلنا نضع في اعتبارنا التباينات الهامة في السير العام للاضطراب .

وهناك الكثير من المسارات المتعلقة بحدوث السلوك المعادي للمجتمع أو للأعراف والقيم السائدة في المجتمع ، ومع ذلك فإن الدليل الموجود عبر الثقافات يؤيد وجود مسارين شائعين هما : المسار المستمر مدى الحياة

The Life Course - Persistent Path (LCP) ، والمسار المحدد بمرحلة

المراهقة (AL) The Adolescent - Limited Path .

المسار المستمر مدى الحياة : (LCP)

يصف هذا المسار الأطفال الذين يمارسون العدوان والسلوك الذي لا يتفق مع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع في سن مبكرة ، ويستمررون في ذلك حتى مرحلة الرشد ، فيظهرون العض والضرب في سن الرابعة ، والسرقعة من المحلات والهروب من المدرسة في سن العاشرة ، وبيع المخدرات وسرقعة السيارات في سن السانسة عشر ، والسرقعة المسلحة والاغتصاب في سن الثامنة والعشرين ، والغش والاحتيال والإساءة إلى الآخرين في سن الثلاثين ، ويظل طبعهم السائد كما هو ، ولكن الطريقة التي يعبرون بها عن هذا الطبع أو الميل أو النزعة تتغير مع ظهور فرص جديدة أثناء مراحل النمو ، وبالنسبة لهؤلاء الأطفال يبدأ السلوك المعادي للمجتمع لديهم مبكراً ، وذلك بسبب أوجه العجز النفسعصبية Neuropsychological Deficits الخفية التي قد تتدخل في نموهم اللغوي وفي الذاكرة والسيطرة على الذات مما يؤدي إلى تأخر معرفي ومزاج صعب في سن الثالثة أو سن أصغر من ذلك ، وتزيد أوجه العجز أو الضعف من استعداد الطفل لإظهار مشكلات المسلك ومشكلات العناد والتحدي (لانسفورد وآخرون Lansford et al. ، ٢٠٠٢) .

وحوالي نصف الأطفال الذين يظهرون مستويات مرتفعة من السلوكيات المعادية للمجتمع يستمررون في المسار المستمر مدى الحياة وذلك باشتراكهم في الأشكال الأقل خطورة الخاصة بالسلوك غير العدواني المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع (على سبيل المثال السرقعة ، والتزويغ أو الهروب من المدرسة) وذلك خلال مرحلة الطفولة المتوسطة

ويلي ذلك الاشتراك في أنشطة منحرفة أكثر خطورة خلال مرحلة المراهقة ، ويمثل هؤلاء الأفراد المجموعة الفرعية من المراهقين الذين يرتكبون جرائم العنف والتسرب من المدرسة (برامى وآخرون . Brame et al. ، ٢٠٠١) .

ويعرض الشباب الذين يندرجون تحت المسار المستمر مدى الحياة اتساقاً في سلوكهم عبر المواقف (على سبيل المثال الكذب في البيت ، والسرقه من المتاجر ، والغش في المدرسة) ، وهم كراشدين صغار يكون لديهم صعوبة في تكوين صداقات ، أو تكوين علاقات دائمة ، ويظهرون عدم الثقة والعنوانية تجاه الآخرين ، والانفعالية ، والسيكوباتية ، وعدم القدرة على الاسترجاع التلقائي Spontaneous Recovery ، ويدوم المسار المستمر مدى الحياة من خلال التراكم المستمر لنتائجه أو عواقبه ، فعلى سبيل المثال التحكم الذاتي الرديء Poor Self Control ، والذكاء اللفظي المتدني قد يؤديان إلى اتخاذ قرارات يتعذر إلغاؤها كالتسرب من المدرسة ، أو اللجوء إلى استخدام المخدرات (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويتضمن المسار الذي يستمر مدى الحياة الحدوث المبكر ، والانحراف المتنوع ، وازدياد الجرائم الخطيرة ، والاستمرار في ذلك حتى مرحلة الرشد ويمثل ذلك نسبة تصل إلى حوالي ٥% : ٨% من العينة السكانية ، والأفراد المخالفين للقانون والذين ينتمون إلى هذا المسار يظهرون مجموعة من الجرائم والسلوكيات التي يمكن ملاحظتها عند الأطفال والشباب والتي تتمثل في العض والضرب في عمر ٤ سنوات ، والسرقه من المحلات التجارية والتزويغ من المدرسة في عمر ١٠ سنوات ، وبيع المخدرات وسرقه السيارات في عمر ١٦ سنة ، والسرقه بالإكراه والاعتصاب في سن ٢٢ سنة والغش والتزوير والاحتيال والإساءة إلى الأطفال الصغار في سن ٣٠ سنة ،

والإدمان والبطالة وعدم الاستمرار في العمل ، وقيادة للسيارات تحت تأثير المخدرات والاعتداء العنيف والعنف الأسرى وإهمال الأطفال والهجر والمرض النفسي بعد سن الأربعين (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

المسار المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة : (AL)

يصف هذا المسار الأفراد الذين يظهرون السلوك المنافي للمجتمع أو الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع عند البلوغ تقريباً ، ويستمر طوال مرحلة المراهقة ، ولكنهم يمتنعون فيما بعد عن هذه السلوكيات خلال مرحلة الرشد المبكر ، ويتضمن هذا المسار سلوك الأحداث المعادي للمجتمع ، ويظهر الأطفال الصغار في المسار المحدد بمرحلة المراهقة سلوكاً معادياً للمجتمع أقل حدة مما في حالة الأطفال في المسار المستمر مدى الحياة ، ومن المحتمل بدرجة أقل أن يتسربوا من المدرسة ، ويكون لديهم روابط أسرية أقوى ، ويرتبط نشاطهم الانحرافي غالباً بعوامل موقفية مؤقتة ، ولا سيما تأثيرات الرفاق ، وسلوك الصغار في المسار المحدد بمرحلة المراهقة لا يكون متسقاً عبر المواقف فربما يستخدمون المخدرات أو يلجأون إلى السرقة من المحلات وهم بصحبة أصدقائهم ، وعلى الرغم من ذلك فإنهم يستمرون في إتباع القواعد ويبلون بلاءً حسناً في المدرسة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، والانجذاب للمزايا التي يتمتع بها الكبار والممنوعة على الصغار مثل شرب الخمر ، وقيادة السيارات ، وممارسة الجنس كل ذلك يدفع بعض الصغار الذين لديهم القليل من علامات المخاطرة السابقة للاشتراك في هذه السلوكيات التي لا تتفق مع القواعد والأعراف السائدة في المجتمع عندما يدخلون مرحلة المراهقة ، وهؤلاء الصغار يلاحظون أقرانهم الذين يندرجون تحت المسار المستمر مدى الحياة ، والذين يحصلون على المزايا التي يتمتع بها الكبار ويقلدون أنشطتهم الانحرافية ، وفي النهاية عندما يحصلون على هذه المزايا وتصبح سهلة المنال لهم ، فإن الصغار الذين يندرجون تحت المسار المحدد

بمرحلة المراهقة يتوقفون عن سلوكياتهم المخالفة للقانون ويعتمدون بدلاً من ذلك على سلوكيات حميدة ، ومرغوب فيها ، وتتمشى مع القيم التي تعلموها قبل مرحلة المراهقة (موفيت وآخرون . Moffitt et al. ، ٢٠٠٢) .

ويستمر بعض الصغار في المسار المحدد بمرحلة المراهقة - على عكس التوقعات - في عرض السلوك المعادي للمجتمع إلى أن يصلوا إلى العقد الثاني من العمر قبل أن يتوقفوا عن هذا السلوك في نهاية المطاف ، وهناك صغار آخرون لا يكفون إطلاقاً عن ممارسة هذه السلوكيات عندما يبلغون العقد الثاني من عمرهم ، ولكنهم يستمرون في عرض مستويات أعلى من المستويات العادية أو الطبيعية للاندفاعية ، وسوء استخدام المادة والاعتماد عليها ، وارتكاب جرائم تدمير الممتلكات (الزوف وآخرون . Althoff et al. ، ٢٠٠٣) .

وتكون الأضرار التي تحدث في مرحلة الرشد المبكر نتيجة لأصدقاء أو نتائج السلوك المنافي للأعراف المجتمعية والذي يغلق الباب أمام الحصول على مواصلة التعليم العالي أو الحصول على وظيفة جيدة أو جذب شريك حياة مؤيد أو مساند ، والنتائج أو العواقب الشائعة تتضمن التسرب من المدرسة ، وإدمان المخدرات ، والخمر ، والإصابات المسببة للإعاقة ، والبطالة ، أو عدم الاستقرار في العمل ، وارتباطات أسرية غير موصولة ، أو مفككة ، والحبس أو السجن ، والسمعة السيئة ، وصورة منحرفة عن الذات (ترفو Tervo ، ٢٠٠٥) ، والأفراد الذين لا يوجد لديهم تاريخ يفيد بوجود السلوك الذي لا يتفق مع الأعراف المجتمعية في مرحلة الطفولة ، والذين يبدعون النشاط المنحرف في مرحلة المراهقة يستمرون في المرور بمشكلات المسالك حتى مرحلة الرشد (موفيت وآخرون . Moffitt et al. ، ٢٠٠٢) ولذا ؛ فإن الإشارة إلى هؤلاء الأفراد على أنهم يتدرجون تحت

المسار الخاص بمرحلة المراهقة يعتبر أمراً مضافاً إلى حد ما .

وتحديد مسارات السلوك المضطرب (المسار المستمر مدى الحياة ،
والمسار الخاص بمرحلة المراهقة) وتبايناتها يساعد على فهم السبب في أن
السلوك المعادي للمجتمع عند الكبار يسبقه دائماً سلوك معادي للمجتمع خلال
مرحلة الطفولة (برامى وآخرون Brame et al. ، ٢٠٠١) ، وعلى الرغم
من ذلك فإن معظم المراهقين المعادين للمجتمع لا يصبحون راشدين معادين
للمجتمع ، فعند مفترق طرق مرحلة الرشد المبكر نجد أن المراهقين في
المسار المستمر مدى الحياة ، ومعظم المراهقين في المسار المحدد أو
الخاص بمرحلة المراهقة يذهبون في طرق مختلفة ، ويكون السلوك المعادي
للمجتمع مستقراً بالنسبة للصغار الذين في المسار المستمر مدى الحياة ،
ولكنه يكون غير مستقراً أو غير ثابتاً بالنسبة للأفراد الذين في المسار
الخاص أو المحدد بمرحلة المراهقة (ماش وولف Mash & Wolfe ،
٢٠٠٧) .

سياق نمو الاضطراب :

تظهر السلوكيات المعارضة للمجتمع ثم تضمحل أثناء النمو الطبيعي ،
فمعظم الأطفال في مرحلة المشي يضربون ويركلون ويكسرون الأشياء عن
قصد ، ويكذبون ، ويقاومون سلطة الكبار ، ولكن معظمهم يتعلمون أن
يتحكمون في هذه السلوكيات في سن أو عمر دخولهم المدرسة ، وحسب
٥٠% من الآباء يذكرون أن أطفالهم في سن ما قبل المدرسة كذبوا ، ودمروا
الممتلكات وذلك على عكس ١٠% من الآباء الذين ذكروا نفس الشيء عن
المراهقين الصغار ، وهذا الانحدار يعكس جزئياً قلة وعي الوالدين للمشكلات
التي يواجهها مراهقيهم ، ومع ذلك يذكر المراهقون أن سلوكياتهم المعادية
لمعايير المجتمع تتناقص بمرور العمر (ماش وولف Mash & Wolfe ،

٢٠٠٧ .

ويميل المخالفون للقانون في مرحلة المراهقة فقط على أن يكون لديهم تاريخ في مرحلة ما قبل المراهقة يفيد بوجود مشكلات في المسلك ، ومن الممكن أن يتصرفوا بطريقة مهذبة في البيت وفي المدرسة ، وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% فقط من هؤلاء الأفراد والذين يبدعون الاضطرابات السلوكية في مرحلة متأخرة يستمرون في أعمالهم الانحرافية في مرحلة الرشد ، وبالمثل هناك دراسة كندية وجدت نسبة تصل إلى ٤% من الأولاد في مرحلة رياض الأطفال استمروا في سلوكياتهم المشيئة حتى مرحلة المراهقة ، وتمثل ذلك في وجود معدل مرتفع في العدوان (ناجن وترمبلاي Nagin & Tremblay ، ٢٠٠١) ؛ ولذا فإن التدخل العلاجي المبكر ، ولاسيما مع الأطفال العدوانيين الذين لديهم سلوكيات معادية للمجتمع تحدث في مرحلة مبكرة من حياتهم ، وكذلك التدخل العلاجي المبكر أيضاً مع الأطفال الذين لهم والدين لديهم نسبة مخاطرة عالية سيكون مفيداً مع هؤلاء الأطفال ، وينقذ الطفل والأسرة والمجتمع من النواحي النفسية والجسدية والمادية .

ومعظم الشباب يخالفون القواعد من وقت إلى آخر ، وهناك مجموعة من الأسئلة تحتاج إلى إجابة منها : هل سبق لك أن تحدثت السلطة ، وكذبت وتشاجرت ، وهربت من المدرسة ، أو هربت من البيت ، وخالفت القواعد المفروضة عليك ، ودمرت الممتلكات ، وسرقت ، أو قمت بقيادة السيارة وأنت تحت تأثير الخمر ؟ إن الكثير من الشباب يعترف بهذه الأعمال التي لا تراعى القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع ، وفي حقيقة الأمر فإن هناك نسبة تصل إلى ٨٠% من تلاميذ المدارس الثانوية يتناولون الخمر ، ٦٠% يدخنون السجائر ، ٥٠% يدخنون المارجوانا ، وهناك عدد

قليل جداً من المراهقين (حوالي ٦%) يمتنعون عن الاستمرار في ارتكاب السلوكيات المعارضة للمعايير السائدة في المجتمع ولا يمارسون هذه الأعمال بصفة نهائية ، ويتقون بالآخرين ، وغير أكفاء من الناحية الاجتماعية (جونستون وآخرون Johnston et al. ، ٢٠٠٢) .

ويوضح إدواردز Edwards (٢٠٠٥) للمعالم الهامة للسلوكيات المعادية للمجتمع في سياق النمو الطبيعي في النقاط التالية :

- تتنوع السلوكيات المعادية للمجتمع في حدتها أو شدتها فتتراوح من عدم الطاعة إلى المشاجرة وتدمير الممتلكات .

- تتناقص السلوكيات المعادية للمجتمع بمرور العمر بينما هناك سلوكيات أخرى تزداد بمرور العمر .

- تعتبر السلوكيات المعادية للمجتمع أكثر شيوعاً عند البنين عن البنات وذلك خلال مرحلة الطفولة ولكن هذا الفرق يضيق في مرحلة المراهقة .

وعلى الرغم من أن السلوكيات المعادية للمجتمع تتضاءل بمرور العمر فإن الأطفال الذين يتصف سلوكهم بدرجة عالية من العنف الجسدي في مرحلة الطفولة المبكرة يحتفظون بموقفهم بمرور الوقت (برويدي وآخرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) ، وأظهرت نتائج الدراسات الطولية التي أجريت في هذا الصدد أن السلوكيات العدوانية مثل الشجار أو للعراك البدني المستمر كانت مستقرة بدرجة عالية مع وجود معامل ارتباط وصلت قيمته ٠,٧ لمقاييس هذه السلوكيات التي تم إجراؤها في أوقات مختلفة (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ٢٠٠٠) .

الصفات المرتبطة : Associated Characteristics

يرتبط باضطراب المسلك عدد كبير من العوامل منها على سبيل المثال

وليس على سبيل الحصر للعوامل الخاصة بالطفل ، والأسرة ، والرفاق ، والمدرسة ، وبعض هذه العوامل يحدث بطريقة مشتركة مع اضطراب المسلك وهناك عوامل أخرى تزيد من احتمال حدوث اضطراب المسلك ، وهناك عوامل أخرى أيضاً تكون نتيجة لحدوث اضطراب المسلك ، ولكي نفهم هذا الاضطراب تماماً يجب أن نفحص هذه العوامل المتعددة وكيفية تفاعلها مع بعضها بمرور الوقت ، وفيما يلي تناول هذه العوامل :

١- العجز المعرفي واللفظي :

على الرغم من أن معظم الأطفال ذوي اضطراب المسلك لديهم ذكاء عادي ، فإنهم يحرزون أو يحققون درجات بواقع ٨ نقاط تقريباً أقل من أقرانهم عند حساب نسبة الذكاء (Intelligence Quotient (IQ) (هوجان Hogan ، ١٩٩٩) ، وهذا العجز في نسبة الذكاء ربما يكون أكبر (أكثر من ١٥ نقطة) بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه وهم في مرحلة الطفولة (لينام وآخرون Lynam et al. ، ١٩٩٣) ، والدرجات المتدنية في نسب الذكاء عند الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ترتبط بالحدوث أو التواجد المشترك لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فعندما يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى جانب اضطراب المسلك فإن الارتباط بين تدنى نسبة الذكاء والمخاطرة المتزايدة من جراء حدوث السلوك المعادي للمجتمع يكون واضحاً (روتر Rutter ، ٢٠٠٣) .

وتكون نسبة الذكاء اللفظي Verbal IQ أقل انخفاضاً عادة عن نسبة الذكاء الأدائي Performance IQ عند الأطفال ذوي اضطراب المسلك مما يوحي بوجود عجز توعى سائد في اللغة (لينام وهنري Lynam & Henry ، ٢٠٠١) ، وهذا العجز يؤثر على القراءة ، وعلى تلقى الأفكار ،

وعلى القدرة على حل المشكلات ، وتساهم أوجه العجز اللفظي واللغوي في حدوث السلوك المعادي للمجتمع (هاستنجز وآخرون . Hastings et al. ، ٢٠٠٠) ، وتلعب العوامل الأسرية دوراً هاماً أيضاً ، فالأطفال الذين يعانون من الضعف اللفظي Verbal Impairments والتعاسة الأسرية يظهرون الكثير من السلوك العدواني عما في حالة الأطفال الذين لديهم عامل واحد فقط وبالتالي فإن أوجه العجز اللفظي ربما تزيد من قابلية تعرض الطفل لتأثيرات البيئة الأسرية العدوانية ، وكيفية حدوث ذلك لا يمكن معرفته ، ولكن يوجد احتمال أن أوجه العجز اللفظية عند الطفل تجعل من الصعب على الوالدين أن يفهما احتياجات طفلهما وهذا يؤدي إلى إحباط الوالدين ، وإلى ضعف التفاعلات الإيجابية ، ومصاعب أكبر في تعلم المهارات الاجتماعية .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك نادراً ما يفكرون في النتائج والمضامين المستقبلية لسلوكهم أو تأثيره على الآخرين وعلى المجتمع الذي يعيشون فيه ، فيفشلون في الكف عن سلوكهم الإنذاعي وكذلك الاحتفاظ بالقيم الاجتماعية ، أو تعديل سلوكهم ليتماشى مع الظروف المتغيرة ، وهذا النمط يوحى بوجود عجز في الوظائف التنفيذية المشابهة لتلك التي لدى الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (توبين وآخرون . Toupin et al. ، ٢٠٠٠) ، ونظراً لأن اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحدثون معاً في وقت واحد تقريباً فإن أوجه العجز التي يمكن ملاحظتها عند هؤلاء الأطفال من الممكن أن تكون نتيجة لوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في نفس الوقت كحالة مرضية مشتركة (بنينجتون وأزونوف Pennington & Ozonoff ، ١٩٩٦) .

٢- المشكلات المدرسية الخاصة بالتعلم :

يظهر الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك مصاعب دراسية كثيرة منها ضعف الإنجاز أو التحصيل الدراسي ، والفشل في الدراسة ، ودخول امتحان الصف الواحد أكثر من مرة أو عدة مرات ، والالتحاق بفصول التربية الخاصة ، والتسرب من المدرسة ، والطرده من المدرسة (الرفت أو الفصل النهائي) ، والحرمان من الدراسة لفترات معينة (روزير وإيكلير Roeser & Eccles ، ٢٠٠٠) ، ويؤدي الإحباط وانخفاض الروح المعنوية المصاحبان للفشل الدراسي إلى حدوث سلوك معادي للمجتمع عند بعض الأطفال ، ويوجد دليل بسيط على أن الفشل الدراسي ليس هو السبب الرئيس للسلوك المعادي للمجتمع ولا سيما في مرحلة الطفولة المبكرة ؛ حيث يكشف الكثير من الأطفال الصغار عن أنماط من أوجه السلوك المعادي للمجتمع قبل وقت طويل من دخولهم المدرسة ، وهناك عوامل مشتركة مثل أوجه العجز النفسعضوية أو العجز اللغوي أو الظروف الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، وهذه العوامل المشتركة هي التي تبرز أهمية المشكلات السلوكية والمصاعب الدراسية (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل بدرجة كبيرة أن يحدث لهم تدنى الإنجاز الدراسي في اللغة وفي القراءة ، وكما هو الحال في أوجه العجز المعرفي واللفظي لديهم يرجع سبب ذلك وجود الحدوث المشترك لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فعندما لا يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك لا يقل إنجازهم أو تحصيلهم الدراسي عن الأطفال الآخرين ، وبالتالي يرتبط اضطراب المسلك بضعف التحصيل الدراسي ولكن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عامل مشترك هام (ماش

وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويؤثر اضطراب المسلك وضعف التحصيل الدراسي على بعضهما البعض مع مرور الوقت ، فالعجز اللغوي المبكر يؤدي إلى أوجه عجز في القراءة والتخاطب والذي يؤدي بدوره إلى مزيد من السلوك المعادي للمجتمع في المدرسة الابتدائية ، والأطفال الصغار الذين لديهم مهارات دراسية رديئة من المحتمل بدرجة كبيرة أن يقل اهتمامهم إلى حد كبير بالمدرسة ، وأن يصاحبوا الأقران المنحرفين ، ومع الدخول في مرحلة المراهقة تحدث العلاقة بين السلوك المعادي للمجتمع وبين ضعف التحصيل الدراسي ويكون الحدوث قوياً (وايت White ، ٢٠٠٦) .

٣- تدني تقدير الذات :

على الرغم من أن الكثير من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون تقديرهم لذواتهم متدنياً ، إلا أن وجهة النظر هذه لم تلق التأييد الكافي ، وخاصة أن السلوك المعادي للمجتمع يرتبط بتضخم مفهوم الذات ، كما أن الأطفال العدوانيين يبالغون في تقدير قبولهم من جانب الأطفال الآخرين (دافيد وكيسنتر David & Kistner ، ٢٠٠٠) ، وأي تهديد لرأيهم المتحيز عن الذات يؤدي إلى العنف الذي يمثل طريقة لتجنب انخفاض أو تدني مفهوم الذات (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وبالتالي فعلى الرغم من أن تقدير الذات ليس هو الاهتمام الرئيس فإن الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك قد يمرون باضطرابات سلوكية أخرى في مفهوم الذات وهذه الاضطرابات تساهم في سلوكهم المعادي للمجتمع .

٤- مشكلات الأقران :

يظهر الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك عن عدوان لفظي

وبدني تجاه الأطفال الآخرين ، ويظهرون مهارات اجتماعية رديئة ، وعندما يكبرون في العمر فإن أقرانهم ينبذونهم في معظم الأوقات ، وذلك على الرغم من أن بعضهم يظل له شعبية كبيرة (رودكين وآخرون Rodkin et al. ، ٢٠٠٠) .

ويُعد النبذ الاجتماعي من جانب الأقران في المدرسة الابتدائية عامل مخاطرة كبيرة بالنسبة لمشكلات المسلك لدى المراهقين فيما بعد ، فعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين يتم نبذهم لفترة تتراوح من سنتين إلى ثلاث سنوات في بداية المرحلة الابتدائية يكونون أكثر احتمالاً بواقع ٥ مرات عن الأطفال الآخرين لإظهار اضطراب المسلك بعد ذلك في مرحلة المراهقة ، وبعض هؤلاء الأطفال يصبحون فتوات في المدرسة ، ويعد ذلك نمط عدواني على نحو خاص يرتبط بالسلوك المعادي للمجتمع المستمر حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ، كما أن هؤلاء الأطفال يكونون قادرين على تكوين صداقات إلا أنه لسوء الحظ فإن صداقاتهم تقوم غالباً على انجذاب متبادل للأفراد ذوي الاتجاه المعادي للمجتمع ، وتكون تركيبة هذا السلوك المبكر المعادي للمجتمع والذي يظهره هؤلاء الأفراد المنحرفين هو المؤشر على حدوث المشكلات السلوكية خلال مرحلة المراهقة (فيتارو وآخرون Vitaro et al. ، ٢٠٠٠) .

ويصبح الاشتراك أو التورط مع الأقران الذين يتصرفون تصرفات تتنافى مع الأعراف والمعايير والقواعد السائدة في المجتمع نمطاً ثابتاً بدرجة كبيرة جداً خلال مرحلة المراهقة يؤيد الانتقال إلى الأعمال الإجرامية خلال هذه المرحلة كالسرقة ، والهروب من المدرسة ، وسوف استخدلم المادة ، والبلطجة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) ، ويعد التورط مع الأقران

المنحرفين واحداً من المنبئات القوية للنشاط الجنسي المبكر في مرحلة المراهقة ، كما أن حوالي ثلثي الجرائم المسجلة يرتكبها الشباب في صحبة رفيقين أو ثلاثة رفاق من الأقران المنحرفين (فرنش وديشيون French & Dishion ، ٢٠٠٣) .

والصداقات التي تحدث بين الأطفال أو المراهقين الذين يتصرفون تصرفات لا تراعى الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع هي صداقات غير مستقرة وتدوم لفترة قصيرة وتكون غير مثمرة ، وعندما يحدث تفاعل إيجابي بين هؤلاء الأفراد تتوسطه أو تتخلله أوجه السلوك القهرية التي تميل إلى التسلط ، وقد ينصب حوار هذه الفئة على السلوكيات المنحرفة ، ويكافئون بعضهم البعض بين الحين والآخر بخصوص مناقشاتهم بشأن انتهاك القواعد ، ونادراً ما يتحدثون عن السلوك الذي يحبذه المجتمع ، ونتيجة لهذا التعزيز الفارقي يصبحون متشابهين إلى حد كبير جداً في ميولهم المعادية للمجتمع مع مرور الوقت ، مما يؤدي إلى المزيد من التصعيد في تكرار وتنوع أنشطتهم المعادية للمجتمع .

والحقيقة التي تفيد بأن التورط مع الأقران المنحرفين تُعد منبئاً قوياً بشكل خاص لسوء استخدام المادة والسلوك المنحرف والعنف يجعل التدخل أو علاج هذا الجانب ذو أولوية كبرى ، ول سوء الحظ فإن الكثير من البرامج الجيدة مثل العلاج الجماعي ، والبرامج الصيفية أو المعسكرات تتجه إلى خلق مجموعات من الشباب ذوي اضطراب المسلك ، وهذا الموقف نفسه هو الذي يحدث أكبر قدر من الضرر (جرانيك وديشون Granic & Dishion ، ٢٠٠٣) ، ويظهر الأطفال العدوانيون أيضاً أوجه عجز في كيفية تفكيرهم في المواقف الاجتماعية فهم يقللون في تقدير عدوانهم وتأثيره السلبي ، ويبالغون في تقدير العدوان الموجه نحوهم ، والمجموعات الفرعية للأطفال

العدوانيين يفكرون في المواقف الاجتماعية بطرق مختلفة ، فعلى سبيل المثال نجد أن الأطفال العدوانيين التفاعليين (أي الذين يظهرون استجابة غاضبة ودفاعية تجاه الإحباط أو الاستفزاز) يظهرون تحيزاً عدائياً ، وهذا يعنى أن لديهم احتمال أكبر أن ينسبوا القصد السلبي أو النية السلبية للأطفال الآخرين ولاسيما عندما تكون نوايا الآخرين غير واضحة (على سبيل المثال عندما يصطدم طفل دون قصد بطفل آخر ، فإن هذا الطفل يعتقد أن الطفل الآخر فعل ذلك عن قصد) ، وعلى العكس ، فالأطفال العدوانيين الذين يلجأون إلى السلوك العدواني عن قصد للحصول على هدف مرغوب يكونون أكثر احتمالاً في أن ينظروا إلى أعمالهم العدوانية على أنها أعمال إيجابية ، وأن يقيموا الأهداف الاجتماعية المتعلقة بالسيطرة والانتقام وليس بالأحرى المتعلقة بالانتماء (هاستنجز وآخرون Hastings et al. ، ٢٠٠٠) .

ويظهر الأطفال العدوانيون قلة الاهتمام بالآخرين ، وتكون حلوة للمشكلات الاجتماعية ضعيفة وتتسم بالمزيد من العدوانية وعدم الملازمة للسلوك ، ومن المهم أن نضع في اعتبارنا أن كثيراً من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يعيشون في ظروف عدوانية محاطة بالتهديد ، وفي بعض الحالات فإن تحذيرهم نحو فهم أو رؤية التهديد والعدوان عند الآخرين ، على أنه انعكاس دقيق لوقائع العيش في عالم اجتماعي عدواني ، وأن أسلوبهم العدواني في التجاوب قد يكون تفاعلاً أو رد فعل ملائم لهذا العالم .

ويندرج تحت مشكلات الأقران موضوع مهم وهو الفتوات و سحاياهم والحالة التالية توضح ذلك :

" كان جونى Johnny البالغ من العمر ١٣ سنة عبارة عن شيء بشري يلهو به زملاؤه في الفصل يضايقونه بشدة ، ويضيقون عليه الخناق ليأخذوا منه نقوده ، ويجبروه على أن يبلع العشب أو النجيلية ، وأن يشرب

لبناً مخلوطاً بمسحوق الغسيل ، ويضربونه بشدة في دورة المياه ، ويربطونه بحبل ويجرونه كحيوان أليف من رقبتة ويتمشون به " (أولويس Olweus ، ١٩٩٥) .

وتعتبر ممارسة الفتونة أو البلطجة Bullying بين أطفال المدارس شيئاً معروفاً منذ القدم ، وشيئاً مألوفاً ومؤزياً وشكلاً من أشكال السلوك المعادي للمجتمع ، وتحدث الفتونة أو ممارسة العنف ضد الأطفال عندما يقوم طفل أو أكثر بتعريض طفل آخر وبطريقة متكررة للممارسات السلبية ، ومثل هذه الأعمال العنيفة أو الممارسات السلبية قد تتخذ شكل الاتصال الجسدي ، والكلمات البذيئة ، وعمل حركات قذرة بالوجه أو إشارات باليدين من شأنها أن تؤذي مشاعر الطفل ، وتتضمن الفتونة دائماً عدم توازن في القوى لدرجة أن الضحية تجد صعوبة في الدفاع عن نفسها ، وهذه المشكلة تشكل مساحة كبيرة فهي تشمل ٧% أو أكثر من الأطفال الذين في عمر دخول المدرسة والذين يمارسون الفتونة أو البلطجة على الأطفال الآخرين ، وهذه النسبة تكون غالباً مرتفعة عند البنين عما هي عند البنات ، كما أن البنين في أغلب الأحيان هم الذين يكونون ضحية لأعمال الفتونة ، وحالة الطفل سواء ضحية أو فتوة تكون مستقرة وثابتة بمرور الوقت ، ويظهر الضحايا والفتوات سمات معينة عادة ؛ فالضحايا يتسمون بوجود أنماط سلوكية يغلب عليها القلق والخضوع والخوف والعجز ، كما يتسم الضحايا أيضاً بالضعف الجسدي ، وهؤلاء الأطفال يرسلون إشارة إلى الآخرين بأنهم إذا هاجمهم أحد أو أهانهم فإنهم سوف لا يردون عليه أو ينتقمون منه ، أما الفتوات فيتسمون بسلوكهم العدواني نحو الأقران والكبار ، ويكونون مندفعين ، ويحاولون دائماً السيطرة على الأطفال الآخرين ، كما يكونون أكثر قوة ، ويظهرون قدراً ضئيلاً من المشاركة الوجدانية أو الإحساس بضحاياهم ، ويشعرون بالرضا نتيجة إلحاق الأذى بالضحايا ورؤيتهم وهم يعانون أو يتألمون ، وتوصلت إحدى الدراسات إلى أن هناك نسبة تصل إلى ٤% تقريباً من الأولاد الذين

يمارسون الفتونة والعنف في المدارس ، وعندما وصلت أعمار هذه الفئة إلى ٢٤ عاماً تم إدانتهم في ثلاث جرائم أو أكثر (أولويس Olweus ، ١٩٩٥ ؛ سميث وآخرون Smith et al. ، ١٩٩٩ ؛ أولويس Olweus ، ٢٠٠٣) .

يتضح مما سبق أن الفتونة في المدارس تُعد نمط من أنماط السلوك المعادي للمجتمع ، والانتشار العالي لها وتأثيرها على الضحايا (من المحزن أن بعض الضحايا يلجأون إلى الانتحار) يولد مشكلة اجتماعية كبيرة ، ولمكافحة هذه المشكلة يجب أن تكون هناك تدخلات كبيرة في المدرسة ، ووضع قواعد واضحة لردع الفتونة ، وتقديم الحماية والمساعدة للضحايا ، ووضع سياسات من شأنها أن تزيد من الوعي بهذه المشكلة ، كما يجب تطوير هذه القواعد والسياسات واستخدامها بدرجة شديدة أو بقوة .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسالك يواجهون مشكلات بينشخصية في تفاعلهم أو تعاملهم مع الآخرين ولاسيما الأقران ، ويتضمن ذلك النبذ والفتونة أو البلطجة ، وصدقاتهم تكون غالباً مع الأطفال الآخرين الذين يتسم سلوكهم باختراق القيم والمعايير المتعارف عليها والسائدة في المجتمع ، كما أن سلوكهم المعادي للمجتمع يرتبط برؤية ذاتية غير مستقرة ومتضخمة وتتسم بالتردد .

٥- المشكلات الأسرية :

تعد المشكلات الأسرية من بين أقوى وأكثر السلوكيات التي لا تتفق مع الأعراف والقوانين السائدة في المجتمع ، والاضطرابات الأسرية هي حالة مرضية نفسية تتعلق بالوالدين ، وبتاريخ أسرى يفيد بوجود السلوكيات المعادية للمجتمع ، أو خلافات بين الزوجين ، وعدم الاستقرار الأسري ، وإصابة أحد الوالدين أو كليهما بمرض نفسي يزيد من احتمال تعرض الطفل لاختلال الأداء الوظيفي بوجه عام ، وكما هو متوقع فإن احتمال حدوث

اضطراب المسلك للطفل يرتبط بوجود اختلال في الأداء الوظيفي لدى أي من الوالدين ، وتتمثل الاضطرابات النوعية في الممارسات الوالدية والأداء الوظيفي الأسري ، والاستخدام الزائد عن الحد لأسلوب التأديب القاسي ، ونقص الإشراف ، ونقص المساندة النفسية ، والخلاف الوالدي حول أسلوب أو ممارسات التأديب (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتؤدي الاضطرابات الأسرية العامة كالاكتئاب عند الأمهات إلى ممارسات والدية رديئة من شأنها أن تؤدي إلى السلوك الذي لا يتفق مع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع ، كما تؤدي المشاعر الخاصة بعدم الكفاءة لدى الوالدين إلى المزيد من الاكتئاب عند الأمهات ، ويُعد ذلك أمراً شائعاً لدى أسر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك (نيفد وآخرون Nevid et al. ، ٢٠٠٨) .

وتُعد الممارسات الوالدية الرديئة مثل التأديب غير الفعال والسيطرة السلبية ، والاستخدام غير الملائم للثواب والعقاب ، والفشل في متابعة أو تتبع الأوامر ، وقلة أو نقص المشاركة في تربية الطفل من الأمور التي تزيد من احتمال تعرض الطفل لاضطراب المسلك (ديشيون وبيولوك Dishion & Bullock ، ٢٠٠٢) ، وقد يعرض الوالدين أوجه العجز الاجتماعي المعرفي المشابهة لأوجه العجز عند أطفالهم ، وهذا يوحي بأن الميل الموجود لدى الأطفال المعادين للمجتمع لاستنتاج القصد العدواني قد يعكس الإدراكات الاجتماعية لوالديهم (نيفد وآخرون Nevid et al. ، ٢٠٠٨) ؛ وهكذا ؛ يمكن القول بأن نقص الترابط الأسري ينعكس في الانفصال العاطفي ، والاتصال الرديء ، والتفكك الأسري .

ويُكوّن الصراع أو النزاع بين الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية وبين أشقائهم ، ويعرض الأطفال الذين لا يتم تحويلهم للعلاج قدراً كبيراً من

السلوك السلبي كالذي يعرضه تماماً الأطفال الذين يتم تحويلهم للعلاج حتى عندما يكون إخوانهم الذين لديهم مشكلات المسلك غير متواجدين (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) وهذا يوحي بأن مصاعبهم ليست ببساطة عبارة عن ردود أفعال أو تفاعلات للسلوكيات التي تبحث على الضيق من جانب أشقائهم الذين لا يتوافق سلوكهم مع الأعراف والقواعد المتعارف عليها في المجتمع ، وهناك الكثير من الأسباب التي تجعل سلوكيات الأشقاء المعادية للمجتمع متشابهة منها الممارسات الوالدية الرديئة ، والنزاع بين الزوجين أو للوالدين ، والحالة المرضية النفسية للوالدين ، والتأثيرات الوراثية المشتركة ، ومهما كانت الأسباب التي تجعل سلوكيات الأشقاء المعادية للمجتمع متشابهة فإن تعاون الأشقاء فيما يتعلق بالسلوك المنحرف بين بعضهم البعض يزيد من مخاطرتهم من جراء حدوث السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد .

وهكذا ؛ يتضح أن الاضطرابات الأسرية العامة ، واضطراب الممارسات الوالدية أو الأساليب التي يتبعها الوالدين في تفاعلهم مع أبنائهم ، والأداء الوظيفي الأسري المختل من أقوى الارتباطات باضطراب المسلك والسلوك المعادى للمجتمع .

٦- المشكلات المتعلقة بالصحة :

يشارك الأفراد حديثي السن والذين لديهم اضطراب المسلك في الكثير من السلوكيات التي تعرضهم لمخاطرة كبيرة من جراء حدوث إصابات شخصية ، وعلل أو أمراض ، وتناول جرعات زائدة من العقاقير ، والأمراض التي تنتقل نتيجة للاتصال الجنسي ، وسوء استخدام المادة ، وتتراوح معدلات الوفاة المبكرة (قبل سن الثلاثين) نتيجة أسباب متعددة كالانتحار ، وحالات التسمم ، وحوادث السيارات ، وتناول جرعات زائدة من

المخدرات بين ٣ : ٤ مرات لدى الأفراد الذين يوجد لديهم اضطراب المسلك مقارنة بالأفراد الذين لا يوجد لديهم اضطراب المسلك ، وعلى عكس الاعتقاد السائد بأن الأشخاص الطبيون يموتون في سن مبكرة نجد أن هناك أشخاص غير طبيين يموتون في سن مبكرة (بول وآخرون Paul et al. ، ٢٠٠٠) .

ويرتبط السلوك المعادى للمجتمع أيضاً بالحدوث المبكر والإصرار على ممارسة النشاط الجنسي ، وهذا الأمر يعرض الشباب لمخاطر الإصابة بالإيدز ، وهناك ارتباط قوى أيضاً بين السلوك المعادى للمجتمع واستخدام المخدرات من جانب المراهقين ، فالشباب الذي استخدم المخدرات أو باعها يكون أكثر عرضة من الشباب الذي لا يستخدم المخدرات بأن يحمل مسدساً وينضم إلى عصابة ، ويستخدم المواد الكحولية (الخمر) ، أو يشترك في استضافة مجموعات أخرى من الأفراد ذوي السلوكيات المعادية للمجتمع ، كما أن سوء استخدام المخدرات من جانب المراهقين يرتبط بالمخاطر الوشيكة الحدوث التي تتمثل في العنف والحوادث ، والتسرب من المدرسة ، والمشكلات الأسرية ، والسلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر (جيلفاري Gilvary ، ٢٠٠٠) ، كما أن الاستخدام المستمر للمخدرات يرتبط أيضاً بالانحراف ، والسلوك الجنسي المبكر ، ويعد السلوك المعادى أو المضاد للمجتمع الذي يحدث في سن مبكرة عامل مخاطرة معروف لاستخدام المراهقين للمخدرات وشرب الخمر (روتر Rutter ، ٢٠٠٠) .

ويتفاوت انتشار السلوك المنحرف حسب حدة أو شدة استخدام المادة ؛ حيث وجد أن هناك نسبة تصل إلى حوالي ١٠% من المستخدمين للمخدرات من بين المراهقين الذين يرتكبون أكثر من ٥٠% من جميع الاعتداءات والسرقات التي تسجل كجنايات وغيرها من الجرائم ، وأحد المعالم المميزة للجرائم التي يرتكبها المراهقون هو استخدامها للتبغ (الدخان) والخمر

والماريجوانا وذلك قبل سن ١٥ سنة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وهكذا ؛ يتضح أن الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركون في الكثير من السلوكيات التي تضعهم على رأس المخاطرة العالية من جراء المشكلات المتعلقة بالصحة والتي تتضمن الإصابات الشخصية ، والأمراض وتناول جرعات زائدة من الأدوية ، وسوء استخدام المادة ، والأمراض التي تنتقل نتيجة للمعايشة الجنسية .

عوامل المخاطرة :

تشمل عوامل التنبؤ بالمخاطرة لاضطراب المسلك السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة سابقة ، والنزاع أو الرفض من جانب الرفاق ، والعدوان المبكر ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية للأسرة ، وسمات سيكولوجية تتمثل في مستوى عالي من النشاط أو مدى انتباهي قصير ، والاهتمام المتدني بالتعليم ، والأسرة الكبيرة العدد ، وأساليب الوالدين المتعارضة والمتضاربة في التأديب ، وتفسر هذه العوامل من ٣٠ - ٤٠ % من التباين في اضطراب المسلك ، وتتضمن عوامل الحماية كل من المهارات الجيدة ، والمجاهدة أو التصرف ، والعلاقات المشجعة مع الكبار أو الراشدين ، والالتزام الأسري بالقيم الاجتماعية (باساراث Bassarath ، ٢٠٠١) .

ونظراً لأن اضطراب المسلك يمثل مشكلة صحية عامة وعلى درجة كبيرة من الأهمية ، وللتقليل من حدة تكرار اضطراب المسلك فإن الخطوة الأولى هي التعرف على عوامل المخاطرة ، وتحديد الأطفال المحتمل بدرجة كبيرة أن تنمو لديهم هذه المخاطر ، ويتم النظر إلى عوامل المخاطرة الخاصة بنشوء اضطراب المسلك وتطوره فيما يتعلق بالطفل ، وكذلك

العوامل المتعلقة بالوالدين والبيئة ، ومن هذه العوامل :

١ - العوامل المتعلقة بالطفل :

أ- المزاج أو الطبع :

يشير المزاج أو الطبع إلى عدد من السمات التي تظهر بعد الميلاد ، وأظهرت نتائج عدد من الدراسات أن الأطفال الذين تم تقديرهم على أنهم ذوي طبع أو مزاج حاد كانوا أكثر احتمالاً لإظهار الاضطرابات السلوكية فيما بعد ، والطبع أو المزاج الحاد يجعل الأطفال أكثر احتمالاً بأن يكونوا هدفاً لغضب الوالدين ، وهذا يرتبط بدوره باضطراب المسلك فيما بعد ، وعلى الرغم من ذلك أوضح ووتون وآخرون Wootton et al. (١٩٩٧) وجود علاقة قوية بين المزاج الحاد والمشكلات السلوكية رغم الممارسات الوالدية الجيدة ، كما أشارت نتائج دراسات أخرى إلى أن هؤلاء الأطفال نظراً لضعف المشاركة الوجدانية لديهم ، وعدم الشعور بالذنب ، والضيق العاطفي أو الانفعالي ينمو لديهم اضطراب المسلك .

٢ - العوامل الوراثية :

يرى عدد كبير من الباحثين أن اضطراب المسلك يختلف عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وذلك بخصوص التأثير الوراثي أو الجيني فأوضح موغان Maughan (٢٠٠٤) أن ما بين ٥٥% - ٩٢% من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ترتبط بعوامل وراثية ، ودعم باركلي Barkley (٢٠٠٣) هذه النتيجة وأضاف أن هذا التنشيط ناتج عن عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية ، ومع ذلك هناك دليل ضئيل يوجي بأن العوامل الوراثية وحدها تساهم في وجود اضطراب المسلك ومن ثم فإنه من غير المحتمل أن النموذج الجيني يمكن أن يفسر السلوكيات المعقدة مثل اضطراب المسلك أو

النشاط الإجرامي .

٣- العوامل الجسمية :

أشارت نتائج دراسات عدد كبير من الباحثين إلى أن الأطفال الذين لديهم صرع أو اضطرابات أخرى تتعلق بوظيفة المخ أو الدماغ يكون لديهم مخاطرة متزايدة للإصابة باضطراب المسلك بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية الأخرى .

وتوصل تود وآخرون Todd et al. (١٩٩٥) إلى أن الأطفال المرضى بمرض مزمن يكون لديهم احتمال حدوث اضطراب المسلك بنسبة ثلاثة أضعاف عن رفاقهم ، وفي حالة ما إذا كانت الحالة المرضية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي فإن عامل المخاطرة يرتفع بنسبة خمسة أضعاف ، ولقد اتضح أيضاً أن المضاعفات في مرحلة ما قبل الولادة مثل آلام المخاض الطويلة ، والولادة باستخدام الأدوات ، والاختناق بسبب فقدان الأكسجين الناتج عن الولادة المتعسرة أو طول فترة الولادة تنبئ باضطراب المسلك .

٤- أوجه العجز المعرفي :

فحصت عدة دراسات الارتباطات المعرفية لاضطراب المسلك لدى الأطفال الصغار ووجدت أنه يكون لديهم غالباً تأخراً في نمو اللغة وفي الأداء الوظيفي المعرفي ، ومع ذلك فالمشكلات اللغوية يمكن اعتبارها عاملاً لا يتعلق بالطفل لأن كثيراً من العوامل المرتبطة بنمو الطفل ترجع إلى التفاعل بين الوالدين والطفل ؛ حيث أوضحت نتائج دراسة موفيت ولينام Moffitt & Lynam (١٩٩٤) أن التفاعل بين الأم والطفل وبيئة البيت يُعد من المنبئات الجيدة لمهارة اللغة خلال سن الثلاث سنوات ، وأوضح هيل Hill (٢٠٠٢) أن أوجه العجز المعرفي تؤدي إلى ضعف التحصيل

الدراسي ، وأن تدنى التحصيل الدراسي يرتبط باضطراب المسلك .

وأظهرت نتائج دراسة سبلتز وآخرون Speltz et al. (١٩٩٩) أن ثلث الأطفال في سن ٩ - ١١ سنة والذين لديهم تأخر حاد أو بدرجة شديدة في مستويات القراءة كانوا يعانون من اضطراب المسلك ، وثلث الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك كانوا يعانون من صعوبة القراءة ، كما يؤدي ضعف التحصيل الدراسي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك بسبب أوجه العجز المعرفي إلى شعور مستمر بتدني تقدير الذات لدى الطفل إلى جانب الشعور بالاكتئاب .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن الفشل الأكاديمي أو الدراسي هو سبب وليس بالأحرى نتيجة للسلوك المعادي للمجتمع ، ومع ذلك فإن البرامج التي حسنت من المهارات الأكاديمية لهؤلاء الأطفال لم تحقق انخفاضاً في أوجه السلوك المعادي للمجتمع (كيندال وكومر Kendal & Comer ، ٢٠١٠) .

٥- المهارات الاجتماعية الرديئة :

بعض الأطفال تعوزهم المهارات الاجتماعية وإلا سيصبحون منعزلون اجتماعياً ، فالأطفال الذين يشتركون في سلوكيات تتم عن وجود مشكلات يعتقد بأن لديهم أوجه عجز في نظام تشغيلهم للمعلومات الاجتماعية (هيل Hill ، ٢٠٠٤) .

ووجد كامبل وآخرون Campbell et al. (٢٠٠٠) أن الأطفال العدوانيين كانوا أكثر احتمالاً بأن يفسروا المفاتيح أو الدلائل الاجتماعية على أنها استفزازية وأن يستجيبوا بطريقة أكثر عدوانية في المواقف المحايدة ، وهؤلاء الأطفال يتم نبذهم غالباً من جانب رفاقهم أو زملائهم ، فالنبذ من جانب جماعة الرفاق يدفع الطفل لأن يكون عضواً في جماعة الرفاق

المنحرفين التي تغرز أو تقوى السلوكيات المنحرفة ، كما أن الأطفال العدوانيين والمعادين للمجتمع يكونون غير قادرين على التفاعل الاجتماعي أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الكبار ، ويكونون أقل احتمالاً للانصياع لسلطة الكبار .

٦- العوامل المتعلقة بالوالدين :

طبقاً لآراء زوكوليلو Zoccolillo (١٩٩٣) فإن الإهمال والإساءة والعزل وقلة الفرص لتطوير التعلق الوالدي أو الحب الآمن ، والتأديب القاسي والمترابي وغير المتسق كل ذلك من بين الجوانب الأكثر أهمية للعلاقة بين الوالدين والطفل التي تضع الأطفال الصغار في مخاطر نشوء أو حدوث اضطراب المسلك ، فسلوك الوالدين وسماتهم والاضطرابات النفسية التي يعانون منها كالاكتئاب مثلاً من بين المنبئات القوية جداً بحدوث المشاكل السلوكية لدى الطفل ، وتشمل العوامل المتعلقة بالوالدين ما يلي :

أ- المهارات الرديئة للوالدين :

أوضحت نتائج دراسة ولفندن وآخرون Woolfenden et al. (٢٠٠٢) أن هناك خمسة جوانب للطريقة التي يربى بها الوالدين أطفالهم ، وهذه الجوانب لها ارتباط طويل الأمد باضطراب المسلك وتتمثل هذه الجوانب في :

- الإشراف السيء أو الرديء .

- التأديب القاسي أو الشاذ .

- عدم الانسجام أو الاختلاف بين الوالدين .

- نبذ ورفض الطفل .

- الاشتراك المنخفض (البسيط) للوالدين في أنشطة الطفل .

وهذه الجوانب المتعلقة بالأسلوب الوالدي في التنشئة تعد سبباً رئيسياً

لاضطراب المسلك عند الأطفال .

وتوصلت ويبستر - ستراتون وسبتر Webster - Stratton & Spitzer (١٩٩٦) إلى أن آباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تعوزهم المهارات الوالدية الأساسية ويعرضون عدد أقل من السلوكيات الإيجابية ويتضمن أسلوبهم في التأديب العنف والنقد ، ويكونون أكثر تساهلاً وغير متوافقين ، ويفشلون في مراقبة سلوك طفلهم ؛ ليضمنوا أنه سلوك مرغوب فيه ، ولا يخبرون أطفالهم بالأسلوب أو الطريقة التي يجب أن يكون عليها سلوكهم ، كما يفشلون في تنفيذ القواعد السلوكية بوضوح ؛ حيث يختلط لديهم التعزيز الإيجابي بالتعزيز السلبي .

ب- التعلق أو الحب :

طبقاً لنموذج التعلق أو الحب الذي اقترحه بولبي Bowlby فإن استجابة الوالدين يتم وضع مفهوم أو تصور ذهني لها على أنها هامة جداً في تطوير مهارات الضبط أو التحكم الذاتي ، ولهذا فإن العلاقة أو الرابطة الناتجة بين الطفل الرضيع والوالدين تعتبر علاقة هامة ، وتلعب دوراً رئيسياً في الأنماط اللاحقة لسلوك الطفل .

وأظهرت نتائج عدد كبير من الدراسات أن الأطفال الذين تلقوا رعاية غير كافية من أهلهم أو القائمين على رعايتهم يتصرفون بطريقة أكثر اضطراباً لجذب انتباه والديهم ، كما أن التفاعلات الرديئة أو السيئة بين الأم والطفل تؤثر على الطفل بشكل كبير فتجعله يطور أهدافاً غير واقعية خاصة بالقواعد الاجتماعية ، يضاف إلى ذلك أن وجود أنماط قهرية للتفاعل داخل العلاقة بين الطفل وأحد والديه تؤدي إلى نقل هذا النمط القهري للتفاعل إلى جماعة الرفاق ويمنع الانفصال واضطراب التعلق أو الحسب المتمثل في الإهمال أو الإساءة للأطفال من تطوير نماذج للتعلق الآمن (باترسون

وآخرون . Patterson et al. ، ١٩٩١) .

ج- مشكلات الصحة النفسية لدى الوالدين :

قام أوفورد وآخرون . Offord et al. (١٩٨٩) بإجراء دراسة طويلة للأسر التي بها أحد الوالدين فقط ، والأسر التي بها الوالدين معاً ، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن الأمهات اللاتي لديهن اضطراب نفسي أو كرب أو محنة نفسية واكتئاب حاد أو مشكلات تتعلق بشرب الخمر كن أكثر احتمالاً بواقع الضعف بأن يكون لديهن أطفال يعانون من المشكلات الخارجية الموجهة نحو الآخرين ، كما وجد هيل Hill (٢٠٠٢) أن الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن عام واحد ، والذين كانت أمهاتهم مكتئبات في مرحلة ما قبل الولادة يظهر لديهم مشكلات مثل التعلق أو الحب غير الآمن ، والسلوك المعادي للمجتمع ، وأوجه العجز المعرفي ، كما أشار أيضاً إلى أن الأمهات المكتئبات ينتقدن أطفالهن بدرجة شديدة إلى جانب أنهن غير مفيدات من القاحية النفسية أو العاطفية ، ويكن أكثر احتمالاً لأن يدركن سلوك أطفالهن على أنه سلوك غير ملائم وغير متوافق ، وأوضحت نتائج عدد كبير من الباحثين وجود ارتباط قوى بين وجود الشخصية المعادية للمجتمع عند أحد أو كلا الوالدين ، ووجود سلوك مشابه لذلك لدى أطفالهم .

د- سوء استخدام المادة وميل الوالدين للسلوك الإجرامي :

يرى باترسون وآخرون . Patterson et al. (١٩٩١) أن الأطفال الذين ينحدرون من أسر يكون فيها الوالدين متورطين في سوء استخدام المادة والأنشطة الإجرامية يكونون في مخاطرة خاصة من جراء حدوث اضطراب المسلك لديهم ، ويرى أوفورد وبينست Offord & Bennett (١٩٩٤) أن نتائج عدد من البحوث أنه عندما يكون أحد الوالدين أو كلاهما مدمن للخمر فإن ذلك يزيد من فرص الأطفال لأن يحدث لهم اضطراب المسلك ،

واضطراب العناد والتحدي .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن توافر عدد من عوامل المخاطرة يلعب دوراً في زيادة المشكلات السلوكية للأطفال ، فالآباء مدمني الخمر ، والمنحدرون من بيوت تنتمي إلى طبقة اجتماعية اقتصادية متدنية ، والمتورطون في النشاط الإجرامي ، ويسود الانهيار علاقاتهم الزوجية يوفرون النماذج المنحرفة التي يقلدها الأطفال ، يضاف إلى ذلك أن سوء استخدام المادة يضعف قدرة الوالدين على رعاية أطفالهم بطريقة صحيحة .

هـ- الوالدان المراهقان (أو في سن المراهقة) Teenage Parents

يلقى برستان وإيبرج Brestan & Eyberg (١٩٩٨) الضوء على البحوث التي تبين أن الأطفال لآباء في سن المراهقة كان لديهم المزيد من اضطراب المسلك في سن ٨ ، ١٠ ، ١٢ سنة وذلك بالمقارنة بآباء الأطفال الأكبر سناً ، وأن عمر الأم ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية ، وعدد الأخوة أو الأخوات الأشقاء وقت ولادة الطفل ، وممارسات الأساليب الوالدين العقابية كل ذلك له دلالة في العلاقة بين عمر الآباء وبين حدوث اضطراب المسلك .

و- التنافر بين الزوجين :

الصراع بين الزوجين الذي يؤدي إلى الطلاق له آثار مدمرة على الأطفال ، كما أن الضيق أو الكرب الزوجي يؤثر على تنشئة الأطفال وتربيتهم ، فالوالدان المنفصلان لا يتفقان غالباً على القواعد أو الكيفية التي ينبغي عن طريقها تنفيذ هذه القواعد ، وهذا يؤدي إلى عدم التواصل ، وفقدان التفاعل بشأن النظام أو التأديب مما يؤدي بدوره إلى ممارسات تأديبية غير متسقة .

ويرى بيتت وآخرون Pettit et al. (٢٠٠١) أنه عندما يكون هناك صراع مستمر في الأسر التي لا يتفصل فيها الوالدان تحدث مشكلات سلوكية عديدة للطفل تؤثر على تقديره لذاته ، وفي دراسة قامت بها ويبستر - ستراتون وهاموند Webster - Stratton & Hammond (١٩٩٩) وجدوا أن مهارات إدارة الصراع أو النزاع الزوجي السلبي من جانب الوالدين (والذي تم تعريفه على أنه عدم القدرة على التعاون أو التوافق وحل المشكلات إلى جانب الاتصال بطريقة سلبية بشأن المشكلات) كان متغيراً مهماً في المساهمة في حدوث اضطراب المسلك لدى الأطفال .

ز- العنف بين الزوجين :

قدم بيتت وآخرون Pettit et al. (٢٠٠١) دليلاً يفيد بأن الصراع بين الزوجين الذي يتضمن العدوان الجسمي يساعد بدرجة كبيرة في تقدير ومضايقة الأطفال عن أي شكل آخر من أشكال الصراع أو النزاع بين الزوجين ، والأطفال الذين يشاهدون العنف بين الزوجين يقدون ذلك في علاقاتهم بالآخرين ، ويعرضون سلوكاً عنيفاً تجاه الأسرة والرفاق والمعلمين ، فالأطفال حينما يتعرضون للانفعالات السلبية فإن سلامتهم وأمنهم النفسي يتعرضان للتهديد إلى جانب فقدان الثقة بالنفس مما يؤدي إلى إصابتهم بالاضطرابات النفسية المختلفة ومنها اضطراب المسلك .

ح- الإساءة :

تعد الممارسات الوالدية والمحنة للإصابات أو الأضرار تجاه أطفالهم من أكثر عوامل المخاطرة لحدوث اضطراب المسلك، ويرى ولف Wolfe (١٩٩٩) أن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة الجسمية يكونون عدوانيين وغير مطيعين ، ويستخدمون سلوك التعجيل Acting - out Behavior ، ويؤدون بطريقة سيئة في المهام المعرفية التي تسند إليهم ، كما أن الأطفال

الذين يتعرضون للإساءة الجنسية يظهرون مجموعة من المشكلات التي تشمل العدوان والانسحاب ، ويفتقدون الحب والتقبل من جانب رفاقهم .

ك- انفصال الوالدان :

عندما يكون الوالدان منفصلان أي أن كل منهما يعيش بمفرده وبمعزل عن الآخر فإن الضغوط المستمرة فيما يتعلق برعاية الطفل ، بالإضافة إلى القضايا المتعلقة بالنواحي المنزلية والأمور الوالدية والمالية يكون من الصعب إدارتها أو التصرف حيالها مما يؤدي إلى إتباع نظام تأديبي غير متسق Inconsistent Discipline نظراً للإرهاق النفسي وقلة أو نقص شبكات المساندة الاجتماعية التي تساعدهم في تربية ورعاية أطفالهم ، والآباء والأمهات الذين لديهم أطفالاً يعانون من اضطراب المسلك يذكرون وجود منغصات كثيرة بنسبة مرتين إلى أربع مرات مقارنة بآباء وأمهات الأطفال الذين لا يوجد لديهم اضطراب المسلك (وبستر - ستراتون - Webster Stratton ، ١٩٩٠) .

٧- العوامل البيئية :

يُعد الخلل الاجتماعي Social Disadvantage ، والتشرد وعدم وجود مأوى ، وتدنى المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والفقر ، والازدحام ، والعزلة الاجتماعية من العوامل الهامة التي تساعد على استعداد الأطفال لاضطراب المسلك (وينسلو Winslow ، ١٩٩٦ ؛ سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ١٩٩٦) ، ويرى فيرجسون وآخرون Fergusson et al. (١٩٩٩) أنه كلما زادت المدة التي يعيش فيها الطفل في بيئة فقيرة خلال السنوات الأولى من حياته ، كلما أصبحت المشكلات السلوكية الخارجية سائدة بدرجة كبيرة ، وطبقاً لآراء هنري وآخرون Henry et al. (١٩٩٦) فإن الأطفال في الأسر كبيرة العدد ، والأطفال الذين يعيشون في بيوت حدث

فيها الطلاق أو الانفصال يكونون في مخاطرة أكبر لحدوث اضطراب المسلك ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ينحدرون أو يأتون غالباً من بيئات مضطربة تكثر فيها المشكلات ؛ لذلك فإن المناطق العشوائية والمناطق الإيوائية بها معدلات عالية لاضطراب المسلك .

ويرى وينسلو Winslow (١٩٩٦) أن عوامل المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك تتضمن :

- العمر المبكر لحدوث الاضطراب (مرحلة ما قبل المدرسة ، والسنوات الأولى بالمدرسة) .
- تكرار وشدة المشكلات السلوكية .
- حدوث المشكلات الأسرية في أماكن مختلفة كالبيت والمدرسة .
- تنوع المشكلات السلوكية .
- المشكلات الواضحة أو الظاهرة (السرقة ، وإشعال الحرائق ، والكذب) في أعمار مبكرة .
- سمات الأسرة والوالدين (التنافر - الصراع - العنف - الانفصال بأنواعه) .

وهكذا يتضح أن هناك عدد من عوامل المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك ، وهذه العوامل قد تحدث مجتمعة أو في مجموعة مرتبطة ببعضها البعض ، وبصرف النظر عن الارتباط المباشر بين الفقر والحالة الاقتصادية والاجتماعية ، والمشكلات السلوكية لدى الطفل هناك عوامل أخرى تتضمن الاكتئاب من جانب الأم ، والتعرض للعنف ، والممارسات الرديئة للوالدين تعمل جميعها كوسائط إضافية لحدوث اضطراب المسلك .

الفصل الثالث

تشخيص الاضطراب

مقدمة :

نظراً لأن اضطراب المسلك يُعد مشكلة طبية نفسية معقدة تؤثر في جوانب متعددة للأداء الوظيفي ، وتوضح نسبة عالية لحالة مرضية مشتركة مع اضطرابات أخرى ؛ لذلك فإن تقدير اضطراب المسلك يتطلب تقديراً شاملاً يشمل الطفل ، والأسرة ، والمدرسة ، والرفاق ، والمجتمع ، ومن المهم على نحو خاص أن يميز الكلينيكيون بين الحدوث المبكر للاضطراب في مرحلة الطفولة ، والحدوث في مرحلة المراهقة ، وعلى الرغم من أن التقدير الدقيق يمثل عبئاً وضغطاً على مراكز الصحة النفسية الخاصة بالأطفال إلا أن هذا التقدير يمثل استثماراً جيداً في الوقت والمال على المدى الطويل فبدون التقدير الشامل لاضطراب المسلك فإنه من الصعب جداً تشخيص الاضطراب بدقة وبالتالي تقديم العلاج الفعال .

ولكي يتم تشخيص اضطراب المسلك بدقة ينبغي عمل مقابلة شخصية للطفل ، والوالدين كل على حدة ، ثم عمل مقابلة شخصية لهما معاً ، وقد يكفي بأحد الوالدين ، وينبغي أيضاً إجراء مقابلات شخصية مع أفراد الأسرة ، والمعلمين بالمدرسة ، وكذلك الأشخاص الذين يتعامل معهم الطفل أو كل من له علاقة بالطفل ، والغرض من التقدير سواء الكلينيكي أو العلاجي ينبغي أن يكون واضحاً لجميع الأفراد المختصين بذلك .

١ - المقابلة الشخصية مع الوالدين :

- تفيد المقابلة الشخصية مع الوالدين في الحصول على المعلومات الآتية :
- الكشف عن المشكلات السلوكية النوعية التي يلاحظها الوالدان .
- ملاحظة سلوك العنف بين الأخوة ، والإساءة إلى الحيوانات الأليفة

الموجودة في البيت ، والقسوة على الحيوانات خارج البيت ، وهذه السلوكيات ترتبط باضطراب المسلك الأكثر خطورة ، واضطراب المسلك المزمن .

- سن بداية حدوث المشكلات السلوكية .
- تاريخ الأعراض المرضية ابتداء من حمل الأم .
- الكشف عن المشكلات التي تحدث أثناء الحمل ، وعلى الأخص تناول العقاقير بدون استشارة الطبيب المختص خلال الثلاث شهور الأولى من الحمل ، وتعاطي الخمر والمخدرات ، والعدوى والمضاعفات .
- معرفة الصعوبات التي مر بها الطفل أثناء مرحلة الرضاعة بما في ذلك الحالة المزاجية .
- معرف سلوك الطفل أثناء سنوات ما قبل المدرسة ، ولاسيما سلوك المعارضة ، والسلوك العدواني ، وكذلك الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .
- الكشف عن المشكلات المتعلقة بالحب والتي تتضمن الوالد أو الوالدة أو مقدم الرعاية ، وذلك للكشف عن اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety الذي يُعد حالة مرضية مشتركة أو مصاحبة لاضطراب المسلك ، وكذلك الكشف عن الاكتئاب الوالدي وسوء استخدام المادة .
- الكشف عن السياق الذي يُظهر فيه الطفل السلوك المضطرب وحده أو في مجموعة .
- الكشف عن الحالات النوعية المرتبطة ببداية حدوث السلوك المضطرب أو المشكلات السلوكية التي تتضمن الإصابة أو المرض .
- الكشف عن التاريخ الخاص بالعقاب البدني الحاد الذي يظهر في خلفيات

الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ؛ لأن العقاب البدني يزيد من حدة أو شدة الاضطراب .

- الكشف عن التاريخ الطبي المتعلق بإصابات الجهاز العصبي المركزي .
- الكشف عن تاريخ الإساءة الجسمية والجنسية كضحية وكمرتكب للإساءة .

- الكشف عن التاريخ المدرسي ولاسيما المشكلات السلوكية في المدرسة والمشكلات النوعية في التعليم ، والعلاقات مع الرفاق ، وخدمات التربية الخاصة التي قد يتلقاها هؤلاء الأطفال ، وكيفية استجابة المدرسة لأي مشكلات سلوكية على سبيل المثال فصل الطفل من المدرسة لمدة محددة ، أو طرده من المدرسة نهائياً .

- الكشف عن التاريخ القانوني وعلى الأخص التورط مع النظام القضائي وارتكاب التهم والمخالفات .

- معرفة التاريخ الأسرى الذي يتضمن التاريخ التفصيلي للمشكلات الطبية والنفسية للوالدين ، وتاريخ سوء استخدام المادة ، ومشكلات السلوك المعادى للمجتمع ، والإساءة الجسمية والجنسية ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) .

- تاريخ علاج الطفل الذي يتضمن العلاج الدوائي ، وتاريخ الإقامة في المستشفى لتلقى العلاج ، والوضع والإقامة في دور الرعاية ، والرعاية خارج نطاق الأسرة .

- الكشف عن أسلوب التصرف والمجاهدة الذي تتبعه الأسرة ، والموارد المالية والاجتماعية ، ومهارات الوالدين ، ومهارات حل المشكلات والتفاعل بين الوالدين والطفل ومهارات حل الصراع إلى جانب إدراك

الوالدين لنواحي القوة والضعف عند الطفل .

٢- المقابلة الشخصية مع الطفل أو المراهق :

يتم الحصول على المعلومات المطلوبة من الشخص الذي يعاني من اضطراب المسلك سواء كان طفلاً أو مراهقاً ، ومن هذه المعلومات ما يلي :

- مراجعة نتائج الفحص الجسمي ، والنظر بصفة خاصة إلى العلامات العصبية البسيطة التي تشير إلى وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي ، وكذلك العلامات أو الدلائل التي تشير إلى الإساءة وإلحاق الضرر بالنفس .

- تقدير قدرة الشخص على السمع وتفهم اللغة ، وتقدير مدى القلق والقابلية لشروود الذهن ، وسلوك المعارضة ، والتعرف على الانفعالات السلبية والغضب .

- تقدير الأداء الوظيفي المعرفي .

- تقدير نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل أو المراهق .

- الكشف عن الأعراض الطبية النفسية التي يعاني منها الطفل أو المراهق .

- الكشف عن التغير في الحالة المزاجية مع توجيه انتباه خاص إلى العلامات الدالة على وجود اضطراب الاكتئاب واضطراب القلق وتدني تقدير الذات .

- الكشف عن علاقات الطفل أو المراهق مع أقرانه .

- الكشف عن أي دليل يشير إلى إلحاق الضرر بالذات وكذلك الأفكار المتعلقة بالإقدام على الانتحار والسلوكيات المتعلقة بذلك .

- الكشف عن الإساءة الجنسية والإساءة الجسمية والإساءة النفسية والسلوك الجنسي والإباحية الجنسية .

- الكشف عن الأسباب التي تدفع الطفل أو المراهق إلى الوقوع في مشكلات مع والديه أو مع الشرطة .
- الكشف عن سوء استخدام المادة .

وعادة لا يكون هناك حاجة إلى إجراء الاختبارات المعملية الإضافية بالنسبة للطفل الذي لديه اضطراب السلوك الفوضوي ، أما بالنسبة للطفل الذي لديه اضطراب المسلك بدرجة معتلة إلى درجة حادة تكون الاختبارات النفسية والفحوص الطبية الإضافية مفيدة للتأكد من وجود أو عدم وجود مرض عقلي حاد ، أو مشكلات السمع أو وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أو صعوبات التعلم ، إلى جانب أن هذه الفحوص الإضافية تساعد في تقدير نواحي الضعف ونواحي القوة لدى الطفل أو المراهق .

٣- المعلومات المستمدة من المدرسة :

- يتم الحصول على المعلومات التالية من المعلمين في المدرسة :
- مستوى الأداء الأكاديمي .
- المشكلات السلوكية التي تحدث في المدرسة .
- مدى استجابة المدرسة للمشكلات السلوكية التي تحدث بها كالمشكلات الخاصة بالتعلم .
- مدى استجابة المدرسة للمشكلات السلوكية المتعلقة بالطفل مثل المشكلات المتعلقة بالكلام واللغة والتواصل مع الأقران .
- علاقات الطفل مع أقرانه أو رفاقه .
- مدى إدراك المعلم لنواحي القوة ونواحي الضعف لدى الطفل .
- وللحصول على معلومات موضوعية بدرجة كبيرة من المعلمين يكون من المفيد أن يقوم المعلم باستكمال قائمة سلوك الطفل (استمارة انمعلم)

المعلم Child Behavior Checklist (Teacher Form) ؛ ومقياس كونرز لتقدير الشخصية .
Conners' Teacher Rating Scale وذلك قبل إجراء المقابلة

٤ - المعلومات المستمدة من ضابط المراقبة :

يتم الحصول على المعلومات التالية من ضابط المراقبة إذا كان الطفل متورطاً في مخالفات وتم تقديمه لمحكمة الأحداث :

- التاريخ القانوني للطفل ولاسيما تورطه مع النظام القضائي ، والتهمة الموجهة إليه ، وحالة المراقبة .

- الحصول على معلومات خاصة عن الطفل والأسرة من وجهة نظر ضابط المراقبة .

- إدراك ضابط المراقبة لنواحي القوة والضعف لدى الطفل .

ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يحدث بواسطة تداخل مجموعة من العوامل مع بعضها أو ما يطلق عليها عوامل المخاطرة ، وكلما ظهرت هذه العوامل في وقت مبكر كلما زادت المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك الحاد ، وتتضمن هذه العوامل بالنسبة لاضطراب المسلك العمر المبكر الحدوث للاضطراب (سنوات ما قبل المدرسة ، والسنوات الأولى من المدرسة الابتدائية) ، والمشكلات السلوكية التي تحدث في البيت والمدرسة ، وتكرار حدة أو شدة المشكلات السلوكية ، وتنوع المشكلات السلوكية والمشكلات الخفية (الكذب ، وإشعال الحرائق ، والسرقعة) في أعمار مبكرة ، والسمات الأسرية والوالدية ، ويبدو أن عوامل الحماية تتفاعل مع عوامل المخاطرة لكي تخفض التأثير المتراكم لاضطراب المسلك ، وأشارت نتائج دراسات عدد كبير من الباحثين إلى أن العوامل التي تقدم الحماية ضد أوجه السلوك المضطرب في مواجهة المخاطرة تتضمن

المستويات العليا من الذكاء والمهارات الاجتماعية الجيدة والحالة المزاجية المسترخية Temperament Relaxed ، والعادات الإيجابية في المدرسة ، ونواحي الكفاءة خارج المدرسة ، والعلاقات الإيجابية مع الكبار في نطاق الأسرة وخارج نطاق الأسرة .

وتفيد التقديرات التي تم الحصول عليها من المصادر السابقة في مساعدة الكلينيكي على أن يحدد ما إذا كان لدى الطفل اضطراب المسلك ، ونوع الاضطراب (بداية حدوثه في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة) ، وما إذا كانت هناك مشكلة طبية نفسية قد سببت الاضطراب ، وهل هناك اضطراب إضافي مصاحب له كحالة مرضية مشتركة أم لا .

ويتم عمل تشخيص يفيد بوجود اضطراب المسلك عندما تتواجد الأعراض المرضية المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-IR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ٢٠٠٠ ، ويتم نكرها في التاريخ المرضي للفرد ، ويتم حذف الاضطرابات الأخرى ، ومن المهم معرفة أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية لا ينظر إلى معيار نوعي واحد ضروري للتشخيص ، وأن أي دمج لثلاثة معايير أو أكثر يكون كافياً للتشخيص ، وهذا يعني أن اضطراب المسلك نمط تشخيصي متعدد الجوانب .

ومما يجب التأكيد عليه أن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية تسمح بالتمييز بين بداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة ، وبداية حدوث الاضطراب في مرحلة المراهقة ، كما تسمح أيضاً بالتمييز بين المشكلات السلوكية المعتدلة والمتوسطة والحادة .

التشخيص الفارق :

يشارك عدد من الاضطرابات النفسية في إظهار علامات أو ملامح تتشابه مع العلامات المميزة لاضطراب المسلك ، فالطفل أو المراهق الذي يكون ثائراً أو هائجاً ربما يشترك أو يتورط في سلوك مضطرب وخطير ، وفي هذه الحالة تكون هناك سلوكيات أخرى ليست من سمات اضطراب المسلك مثل الكلام المضغوط ، وهروب الأفكار ، وتناقص عدد ساعات النوم ، وتلك سلوكيات تميز اضطراب المسلك عن سلوك الهوس Manic Behavior لذلك فإنه من المرغوب فيه دائماً إجراء تشخيص فارق يتضمن تقديراً طبياً نفسياً عندما يتم الشك في وجود اضطراب المسلك (أيوجست وآخرون . August et al. ، ٢٠٠١) .

ويظهر اضطراب المسلك في أغلب الأحيان عند المراهق المكتئب الذي يكون متحدياً لوالديه ، أو متحدياً الأشخاص الآخرين الذين يمثلون السلطة ، وقد يشمل سلوكه الهروب من المدرسة ، والفشل وشرب الخمر والمخدرات ، والنشاط الجنسي ، وظهور السلوكيات المنحرفة ، كما يظهر المراهق المكتئب تغيراً في الحالة المزاجية تظهر قبل إتيان السلوك المضطرب ، وعندما تتحسن الحالة المزاجية للمراهق يتضاءل السلوك المنحرف ، والمراهقون الذين لديهم اضطراب المسلك يعانون عادة من الاكتئاب ، ولكن مشكلاتهم السلوكية تسبق عادة التغير في الحالة المزاجية ، كما أن أعمالهم لا تتغير بدرجة كبيرة مع اضطراب الحالة المزاجية (أولفيرا وآخرون . Olvera et al. ، ٢٠٠٥) .

ويتأثر الأداء الوظيفي بدرجة أكبر بالحالة المرضية المشتركة التي تتمثل في وجود الاكتئاب مع اضطراب المسلك وذلك قبل البلوغ بالنسبة للذكور ، وبعد البلوغ بالنسبة للفتيات ، ومع وجود الحالة المرضية المشتركة

المتتمثلة في الاكتئاب يكون اضطراب المسلك سابقاً للاكتئاب عادة ، ووجود الاكتئاب كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك يزيد من السلوك الانتحاري (هينكا وآخرون Hintikka et al. ، ٢٠٠٣) .

وقد يظهر الطفل سلوكاً يتسم باضطراب المسلك كاستجابة أو كرد فعل لمواقف ضاغطة كبداية الدراسة ، والصراع بين الوالدين ، وترتبط الإساءة الجسمية ، والإساءة النفسية عادة ببداية حدوث هذا السلوك مع المواقف الضاغطة ، وتختفي أو تتضاءل مع تحسن الموقف ، وقد يظهر المراهقون السلوك المتمسم باضطراب المسلك رداً على موقف ضاغط تم منذ فترة قصيرة أو نتيجة ارتباط حديث مع مجموعة من الرفاق المضطربين سلوكياً ، وإذا كان مستوى الأداء الوظيفي للمراهق جيداً قبل حدوث هذا السلوك فحينئذ تكون الأعراض المرضية للسلوك أعراضاً ثانوية بدرجة كبيرة لاضطراب آخر مثل اضطراب التوافق ، واضطراب الضغوط التالية للصدمة أو الاكتئاب (مارمورستين وأياكونو Marmorstein & Iacono ، ٢٠٠١) .

ويمكن أن يرتبط السلوك الفوضوي أو المشين Disruptive Behavior باضطراب القلق ، ولكن ينبغي أن يختفي هذا السلوك مع علاج اضطراب القلق ، واضطراب المسلك قد يكون عرضاً لاضطراب نفسي خطير مثل الذهان Psychosis ، كما قد ينشأ اضطراب المسلك نتيجة اضطراب عضوي في الشخصية وذلك لدى الأطفال الذين لديهم إصابة خلقية ناتجة عن الولادة ، أو إصابة مكتسبة في الجهاز العصبي المركزي نتيجة لإصابة في منطقة الرأس أو حدوث مرض بالدماغ (بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ٢٠٠٤) .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين لديهم اضطراب

المسلك يكون مستوى ذكائهم أقل من المتوسط كما يتم قياسه بواسطة مقاييس الذكاء اللفظية ، وغالباً يكون تحصيلهم الدراسي سيئاً ولا سيما في القراءة وغيرها من المهارات اللفظية ، ويوضح التقدير أن اضطراب المسلك حالة مرضية مشتركة مع اضطرابات التعلم والتواصل ، ومن ثم يتضح أنه على الرغم من أن هناك عدد من الاضطرابات تُظهر أعراضاً مرضية مشابهة لاضطراب المسلك ، ويمكن أن تكون هذه الأعراض حالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك فعادة يساعد النمط المستمر لانتهاك المعايير الاجتماعية والسلوك المعادى للمجتمع وتاريخ المشكلات السلوكية أو الانتهاكات القانونية في تمييز اضطراب المسلك عن الاضطرابات النفسية الأخرى .

التشخيص الرسمي أو المعتمد للاضطراب :

توضح الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب المسلك هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب المسلك تتمثل في :

أ - نمط متكرر مستمر (دائم) من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير أو القواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للعمر الزمني ويتضح هذا النمط بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية خلال الاثنى عشر شهراً الماضية مع وجود معيار واحد على الأقل خلال فترة الشهور الستة الماضية .

أولاً : العدوان على الناس والحيوانات :

١- كثيراً ما يتكرر (يستقوى) على الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم .

- ٢- كثيراً ما يثير شجاراً بدنياً مع الغير .
- ٣- يستخدم أسلحة يمكن أن تسبب أذى جسياً خطيراً للآخرين (مثل المطواة ، أو الزجاجات المكسورة ، أو السكين ، أو المسدس ، أو العصا الغليظة / النبوت Bat إلخ) .
- ٤- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الآخرين .
- ٥- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الحيوانات .
- ٦- يسرق في مواجهة مع الضحايا (مثل : النش ، خطف حافظة النقود الابتزاز السرقة بالإكراه أو تحت تهديد السلاح أو السطو المسلح) .
- ٧- إجبار شخص ما على ممارسة الجنس معه .

ثانياً : تدمير الممتلكات :

- ٨- قام عن عمد بإشعال حريق بقصد إحداث خسائر فادحة .
- ٩- دمر ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحريق .

ثالثاً : الاحتيال أو السرقة :

- ١٠- قام باقتحام منزل أو سيارة شخص آخر .
- ١١- غالباً ما يكذب للحصول على مكاسب أو امتيازات أو لتجنب دفع الديون والالتزامات التي قطعها على نفسه .
- ١٢- قام بسرقة أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية (مثل سرقة المعروضات من المتاجر بدون تحطيم الأبواب أو كسرها والتزوير إلخ) .

رابعاً : انتهاكات خطيرة للقواعد والمعايير :

- ١٣- يتأخر خارج البيت ليلاً رغم تحذيرات والديه ، ويظهر ذلك قبل عمر ١٣ سنة .

١٤- هرب من البيت ليلاً مرتين على الأقل على الرغم من أنه يعيش في كنف والديه ، أو هرب مرة واحدة دون العودة إلى البيت لفترة طويلة .

١٥- يهرب عادة من المدرسة ذلك قبل عمر ١٣ سنة .

ب - يسبب اضطراب المسلك خللاً كLINIKIاً ملحوظاً في الأداء الاجتماعي ، والأكاديمي ، والمهني .

ج - إذا كان الفرد يبلغ الثامنة عشر من العمر أو يتجاوز هذا العمر ففي هذه الحالة لا تنطبق عليه المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

تحديد نوع الاضطراب حسب سن بداية حدوث الاضطراب :

يصنف اضطراب المسلك حسب سن بداية الاضطراب إلى :

- النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

يظهر معيار واحد على الأقل من المعايير المميزة للاضطراب قبل سن العاشرة .

- النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

لا يوجد أي معيار من المعايير المميزة للاضطراب قبل سن العاشرة .

تحديد شدة الاضطراب :

يصنف اضطراب المسلك حسب شدته إلى :

- اضطراب خفيف (معتدل) :

لا يوجد سوى مشكلات سلوكية قليلة (إن وجدت) ، وهذه المشكلات تسبب أذى بسيطاً للآخرين مثل الكذب ، والهروب من المدرسة ، والسهر خارج البيت ليلاً دون إذن الوالدين .

- اضطراب متوسط :

عدد المشكلات السلوكية وتأثيرها على الآخرين يقعان موقعاً وسطاً بين المستوى الخفيف والمستوى الشديد مثل السرقة بدون مواجهة الضحية ، وتخریب الممتلكات .

- اضطراب شديد (حاد) :

توجد مشكلات سلوكية كثيرة تزيد عما هو مطلوب لتشخيص الاضطراب وهذه المشكلات تسبب إيذاءً شديداً للآخرين مثل ممارسة الجنس بالإكراه والإصابات الجسمية الخطيرة للضحايا ، والانتهاكات الشديدة للقوانين والسرقة بمواجهة الضحية ، والغياب الطويل عن البيت ، واقتحام المنازل أو السيارات .

وطبقاً لما هو وارد في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يتم تشخيص اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة الطفولة في الحالات الآتية :

- أ- إذا ظهر على الطفل ثلاثة أعراض على الأقل .
- ب- إذا ظهرت تلك الأعراض خلال الاثني عشر شهراً السابقة .
- ج- إذا ظهر أحد هذه الأعراض (عرض واحد على الأقل) خلال الستة شهور الأخيرة .
- د- أن تظهر هذه الأعراض جميعها قبل سن العاشرة .

أما النوع الذي يحدث في مرحلة المراهقة يتم تحديده من خلال غياب أو عدم وجود أي معيار يتعلق باضطراب المسلك قبل بلوغ سن العاشرة .

واضطراب المسلك ليس له حد زمني أو عمري أدنى ، ففي الطفل الذي يقل عمره عن ١٠ سنوات فإن الوجود المتكرر لسلوك واحد فقط من السلوكيات الموجودة في DSM-IV يكون كافياً للتشخيص ، وبالتالي فحتى

الطفل الذي في سن ما قبل المدرسة الذي أظهر عدواناً خطيراً متكرراً بقصد إلحاق الضرر تنطبق عليه المعايير بالنسبة لاضطراب المسلك .

محكات التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية :

تتمثل المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك وفقاً للتصنيف الدولي

العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية العاشر International
Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10)
الصادر عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization
(١٩٩٢) بجنيف في :

المجموعة الأولى :

وجود نمط متكرر ومستمر للسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية
للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة للعمر الزمني للفرد ،
ويستمر هذا النمط لمدة ستة أشهر تحدث خلالها الأعراض الآتية :

١- يعاني الفرد من نوبات الغضب ، وحدة المزاج التي تناسب مستواه
النمائي .

٢- يجادل الكبار .

٣- يرفض بإصرار مطالب الكبار ويتحدى تعليماتهم .

٤- يعمل الأشياء التي تضايق الآخرين بصورة متعمدة وواضحة .

٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو سلوكه السيئ .

٦- يسهل مضايقته من الآخرين .

٧- غاضباً ورافضاً باستمرار .

٨- غالباً ما يكون حاقداً أو انتقامياً .

٩- يكذب ويخلف وعوده للحصول على امتيازات أو بضائع أو ليتجنب
التعهدات والالتزامات التي قطعها على نفسه .

- ١٠- يبدأ الشجار والعراك الجسمي بصورة متكررة (لا تتضمن الشجار مع الأخوة) .
- ١١- يستخدم أسلحة تسبب أذى جسمي للآخرين (مثل العصي والطوب والزجاجات المكسورة والسكين والأسلحة النارية ... إلخ) .
- ١٢- يسهر خارج المنزل ليلاً دون اعتبار لأوامر والديه ويظهر ذلك قبل سن ١٣ سنة .
- ١٣- يظهر وحشية جسدية نحو الأشخاص الآخرين (مثل : التقييد ، وإحداث الجروح ، أو حرق الضحية) .
- ١٤- يظهر وحشية جسدية نحو الحيوانات .
- ١٥- يحطم ممتلكات الآخرين بشكل متعمد وبأسلوب ما غير إشعال النيران .
- ١٦- يعتمد إشعال النيران بقصد إحداث أضرار جسيمة بممتلكات الآخرين .
- ١٧- يسرق أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية إما داخل المنزل أو خارجه (مثل سرقة المعروضات ، والسطو على المنازل ليلاً ، والتزييف) .
- ١٨- يتغيب عن المدرسة بدون إذن ويظهر ذلك قبل سن الثالثة عشر .
- ١٩- يتكرر هروبه من البيت مرتين على الأقل أو يهرب مرة واحدة لمدة طويلة (لا يتضمن ذلك ترك البيت لتجنب الإساءة البدنية أو الإساءة الجنسية) .
- ٢٠- يرتكب جريمة تتضمن المواجهة مع الضحايا (مثل اختطاف حافظة النقود والابتزاز والسرقة بالتهديد والاعتصاب وقطع الطريق ... إلخ) .

٢١- يجبر شخص آخر على مضاجعته جنسياً .

٢٢- يتتمر على الآخرين ويهددهم ويرعبهم (مثل : تعمد توجيه ضربة

تحدث الألم والأذى ، وتكرار التخويف ، والتعذيب ، والمضايقة) .

٢٣ - يحطم منزل شخص آخر أو يحطم مبنى أو سيارة .

ملحوظة : الأعراض التي تحمل أرقام ١١ ، ١٣ ، ١٥ ، ١٦ ، ٢٠ ، ٢١ ،

٢٢ تحتاج فقط إلى أن تحدث مرة واحدة لكي يتم تشخيص اضطراب

المسلك .

المجموعة الثانية :

لا تتفق محكات تشخيص الاضطراب مع محكات تشخيص كل من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، أو الفصام ، أو أحداث الهوس Manic Episode أو الأحداث الاكتئابية أو الاضطراب الإنمائي السائد Pervasive Developmental Disorder (PDD) ، أو اضطراب النشاط الزائد ، وإذا اتفقت محكات تشخيص الاضطراب مع محكات تشخيص أي من الاضطرابات السابقة فإن التشخيص يكون اضطراب سلوكي انفعالي مختلط .

ويصنف الاضطراب وفقاً للعمر الزمني إلى :

- النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة : يحدث قبل سن ١٠ سنوات .

- النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة : يحدث بعد سن ١٠ سنوات .

المجموعة الثالثة :

يصنف اضطراب المسلك حسب شدته إلى ثلاثة مستويات هي :

أ- اضطراب خفيف (معتدل) :

توجد مشكلات سلوكية قليلة بقي بالتشخيص ، ولكنها تسبب أذى بسيطاً

للآخرين .

ب- اضطراب متوسط :

تكون شدة المشكلات السلوكية وتأثيرها على الآخرين في موقع وسط بين المستوى الخفيف والمستوى الحاد أو الشديد .

ج- اضطراب حاد :

توجد مشكلات سلوكية عديدة بصورة متزايدة عما يتطلبه إجراء التشخيص ، وتسبب إيذاء شديداً للآخرين مثل الإيذاء البدني الشديد ، والتخريب المتعمد للممتلكات ، والسرقه .

المجموعة الرابعة :

يصنف اضطراب المسلك إلى الأنواع التالية :

١- اضطراب المسلك المقتصر على إطار الأسرة :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك (وجود نمط متكرر ومستمر للسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة للعمر الزمني للفرد ، ويستمر هذا النمط لمدة ستة أشهر يحدث خلالها مجموعة من الأعراض) .

ب- أن توجد ثلاثة أو أكثر من الأعراض المذكورة في قائمة محكات المجموعة الأولى مع ثلاث على الأقل من البنود ٩ - ٢٣ .

ج- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض من بين البنود ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .

د- أن يكون اضطراب المسلك محدداً بالإطار الأسرى .

٢- اضطراب المسلك غير الاجتماعي :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .

ب- أن توجد ثلاث أو أكثر من الأعراض المذكورة في محكات المجموعة الأولى مع ثلاثة على الأقل من البنود ٩ - ٢٣ .

ج- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض المذكورة من ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .

د- أن يوجد بصورة قاطعة ضعف في العلاقات مع مجموعة الأقران ورفاق الشخص ، كما يتضح في العزلة أو الرفض أو عدم الشعبية ، ونقص الصداقات الحميمة المتبادلة الدائمة .

٣- اضطراب المسلك الاجتماعي (ذي الصبغة الاجتماعية) :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .

ب- أن توجد ثلاث أو أكثر من الأعراض الخاصة بالاضطراب والمذكورة في محكات المجموعة الأولى مع ثلاث على الأقل من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ - ٢٣ .

ج- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .

د- العلاقات مع الرفاق تكون داخل الحدود العادية .

٣- اضطراب العناد والتحدي :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .

ب- أن توجد أربعة أو أكثر من الأعراض المذكورة في محكات المجموعة الأولى ، ولكن مع عدم وجود أكثر من عرضين من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ - ٢٣ .

ج- الأعراض في المحك السابق (ب) يجب أن تكون غير متوافقة وغير متسقة مع المستوى النمائي .

د- وجود أربعة أعراض - على الأقل - خلال الستة شهور الماضية .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بين الأطفال الصغار الذين لديهم بداية حدوث مبكر أو حدوث متأخر لاضطراب المسلك ، فالأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يظهرون عرضاً مرضياً واحداً على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك قبل سن العاشرة ، بينما الأطفال الذين يبدأ حدوث الاضطراب لديهم في مرحلة المراهقة لا يظهرون ذلك ، ويفيد سن بداية حدوث الاضطراب في تشخيص وعلاج الأطفال ذوي الاضطراب (لاهي ووالدمان & Lahey Waldman ، ٢٠٠٣) .

والأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة من المحتمل أن يكونوا من البنين الذين يظهرون المزيد من الأعراض المرضية العدوانية ، ويستمررون في سلوكياتهم المعادية للمجتمع بمرور الوقت ، وعلى العكس فالأطفال الذين يبدأ حدوث اضطراب المسلك لديهم في مرحلة المراهقة من المحتمل أن يكونوا من بين البنين والبنات ولا يظهرون الحدة أو الشدة ، والحالة المرضية النفسية التي تميز الأطفال الذين يحدث لهم هذا الاضطراب في بداية مرحلة الطفولة يكونون أقل احتمالاً أن يرتكبوا جرائم عنيفة أو يستمررون في سلوكياتهم المعادية للمجتمع عندما يكبرون في السن (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

القضايا المتعلقة بعملية التشخيص الحالية :

يتم تشخيص اضطراب المسلك والحالات المرتبطة به على أساس أوجه السلوك التي يتم ملاحظتها ، وكما يتم تعريفها سواء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أو المراجع المعدل للاضطرابات النفسية

(DSM-IV-TR) أو في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية (ICD-10) ، ومع ذلك فإن استخدام مثل هذه المعايير لا يمثل مشكلة في كل الأحوال ، وذلك لأن أوجه السلوك يتم توزيعها على منوال واحد في العينة السكانية ، وهذا يعنى أن التشخيص يقوم على وجود مجموعة من السلوكيات التي تتعدى العتبة أو الحد والتي قد تتنوع من وقت لآخر ، ومثل هذه الطريقة تثير الكثير من التساؤلات منها لماذا يكون الحد الأدنى هو وجود ثلاثة أعراض مرضية بدلاً من أربعة أو خمسة أعراض ؟ ، ولماذا تكون مدة السلوك ستة أشهر في (ICD-10) ، واثني عشر شهراً في (DSM-IV-TR) ؟ وتستبعد العتبة أيضاً من العلاج أعداداً كبيرة من الأطفال الذين لم يتلقوا أي تشخيص كلينيكي ، ورغم ذلك قد يكون لديهم سلسلة من المشكلات التي تتدخل في نموهم ، كما أن تشخيص اضطراب المسلك باستخدام المعايير التشخيصية يتضمن عدداً صغيراً من الأعراض المرضية من بين عدد أكبر من الأعراض المرضية المحتملة أو الممكنة ؛ لذا فإنه من الناحية النظرية نجد أن الحالات التي تحتاج إلى أن تطبق عليها معايير اضطراب المسلك لكي يتم تشخيصها بدقة تحتاج إلى درجة عالية من الوضوح ، الأمر الذي يجعل التشخيص أقل وضوحاً عن الممارسة أو في الواقع ، يضاف إلى ذلك أن الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تتداخل مع الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي ، وكذلك الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا يمثل مشكلة لأن الحالات المرضية المشتركة لها سمات متميزة ومستقلة تماماً ، علاوة على ذلك فإن استخدام نفس الأعراض المرضية المختلفة للمجموعات العمرية بصرف النظر عن الحقيقة التي تفيد بأن الأطفال الأصغر سناً لا يشتركون في الأنشطة التي تسبب مشكلات للأطفال الأكبر سناً ، وهذه الجزئية تمثل أو تسبب مشكلة أيضاً .

وتشير غالبية البحوث التي أجريت على الأطفال الذين لديهم مستويات متباينة من السلوك المعادي للمجتمع ، والذين تم تحديدهم أو التعرف عليهم عن طريق مجموعة متنوعة من الطرق التي تتضمن المقابلات الكلينيكية ، والمقاييس المقننة (على سبيل المثال قائمة مراجعة سلوك الطفل ، وتقارير الوالدين والمعلمين عن السلوك المسبب للمشكلات) ، وعلى الرغم من أن هذه الدراسات تشمل الكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك إلا أن نتائج معظم هذه الدراسات أوضحت وجود شريحة كبيرة جداً من الأطفال لم تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) وهذه النتائج توحى بالتقدير المغالى فيه لاضطراب المسلك .

ونظراً لاحتمال حدوث خطأ في تشخيص الاضطراب في بعض الأحيان خاصة عندما تحدث أشكال السلوك غير المرغوب فيه في مواقف تطوي على تهديد للشخص فإنه ينبغي الحذر عند استخدام هذا التشخيص بمعنى أن يطبق فقط عندما يكون السلوك غير المرغوب فيه عرضاً لاختلال كامن لدى الشخص وليس مجرد رد فعل لسياق اجتماعي مباشر ، ومن الأمثلة على ذلك أن الشباب المهاجر من أماكن تعاني من الحروب والذين يلاحظ لديهم تاريخ للسلوك العدواني والذي قد يكون ضرورياً للبقاء في ذلك السياق لا ينطبق عليهم تشخيص اضطراب المسلك ، وبالتالي فمن المفيد للأخصائي النفسي الذي يعمل في هذا المجال أن يأخذ في اعتباره السياق الاجتماعي الاقتصادي الذي تحدث فيه أشكال السلوك غير المرغوب فيها (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ؛ جمعة يوسف ، ٢٠٠٠) .

ومما يجب التأكيد عليه أن اضطراب المسلك ليس له حد عمر أدنى ، ففي الطفل الذي يقل عمره عن ١٠ سنوات فإن الوجود المتكرر لسلوك واحد فقط من الـ ١٥ سلوك الموجودة في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية تكون كافية للتشخيص ، وبالتالي فحتى الطفل الذي في سن ما قبل المدرسة الذي أظهر عدواناً خطيراً متكرراً بقصد إلحاق الضرر تنطبق عليه محكات التشخيص بالنسبة لاضطراب المسلك .

إشعال الحرائق :

يُعد إشعال الحرائق من جانب الأطفال مشكلة خطيرة لم تأخذ الاهتمام الكافي ، فالأطفال يقومون بإشعال ما يزيد على ٦٥٠٠ حريقاً كل عام ويتسبب ذلك في وفاة ٣٠٠ شخص على الأقل ، ويؤدي إلى حدوث إصابات تفوق ٢١٠٠ إصابة ، كما أن تكاليف إتلاف أو تدمير الممتلكات تبلغ مئات الملايين من الدولارات (ساراسون وسارسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

ويتبادر إلى الذهن سؤال من هم مشعلي الحرائق الصغار؟ إن أسلوبهم النفسي يبدو أو يتصف بمشاعر الغضب والرغبة في الانتقام ، فإشعال الحرائق بالنسبة لهم هو وسيلة للتعبير عن مشاعر متراكمة من الغضب والانتقام والعدوان التي يكونون مدركين لها بطريقة جزئية فقط ، وأهداف هؤلاء الأطفال تكون غالباً تدمير ممتلكات وأشياء الأفراد الذين يوجهون غضبهم ضدهم ، فالأطفال الصغار المولعين بإشعال الحرائق ينحدرون من أسر مفككة ، ويقوم بتربيتهم أحد الوالدين فقط (الأم غالباً) لأنه في أحيان كثيرة يكون الأب غير متواجد في البيت (جاينور Gaynor ، ٢٠٠٢) .

وأطفال المدرسة الابتدائية الذين يشعلون الحرائق يكون لديهم مشكلات

مدرسية وسلوكية ذات دلالة في المدرسة ، وتوضح الحالة التالية عدداً من المعالم التي يتم رؤيتها في مشعلي الحرائق من الصغار .

يبلغ فرانك Frank من العمر ١٠ سنوات ، ويعيش مع والدته وشقيقته التي تبلغ من العمر ١١ سنة ، وذلك في منطقة حضرية تنقسم بالدخل المتوسط إلى المتدني ، ولقد حدث طلاق بين والد فرانك ووالدته منذ أن كان عمر فرانك ثمان سنوات وكانت والدته فرانك تعيش مع رجل تقول عنه أنه كريم جداً مع أسرته ، فكان يحب قضاء وقت مع أطفالها ، ولكنه كان حازماً وقاسياً جداً عندما كان يقوم فرانك بعمل لا يعجبه ، وفي الآونة الأخيرة انفصلت الأم عنه لأنه كان يسيء إليها ويضربها ، ولقد شهد فرانك هذا الاعتداء وهذه الإساءة مرات عديدة ، وربما كان هو أيضاً ضحية لذلك الضرب والاعتداء ، ومع ذلك فعندما تم سؤالهما أنكرت الأم وفرانك توجيه أي ضرب أو إساءة إلى فرانك ، وخلال فترة الانفصال بدأت والدته فرانك تلاحظ بعض المشكلات السلوكية لدى ابنها فقدرته على التركيز تناقصت بدرجة كبيرة جداً ، وأنت تقارير من المدرسة تفيد باشتراكه في مشاجرات مع أقرانه ، وفي البيت كانت تنتاب فرانك نوبات مزاجية حادة بين الحين والآخر ، وأثناء ذلك كان يتسم سلوكه بالغضب الشديد لدرجة أنه يدمر لعبه ، وعليه كان سلوك فرانك يتسم بالعدوان اللفظي ، والتهجم على أخته ، وبصفة عامة كان سلوك فرانك مشيناً في البيت والمدرسة ، وذكرت والدته أن هذا كله سلوكاً غير عادياً بالنسبة لفرانك ، وأنها قلقة جداً على صحته وسلامته ، ولاحظت والدته فرانك أنه كان محباً للاستطلاع بخصوص النار منذ أن كان في الثالثة من عمره عندما كانت تجده يلعب بالكبريت في المطبخ ، وفي هذا الوقت علمته كيف يشعل عود الكبريت بطريقة صحيحة ، وكانا يمارسان إشعال الكبريت سوياً وإطفائه وإلقاء عيدان الكبريت في المدفأة ، وأخبرته بأنه لا يجب عليه أبداً أن يلعب بالكبريت وشجعتة على أن يأتي إليها إذا شعر

برغبته في إشعال عود كبريت ويشعلانه معاً ، ورغم هذه القواعد بشأن إشعال الحريق إلا أن والدته فرانك وجدت بعض بقايا ورق الجرائد المحترق في المدفأة، وفي إحدى الأمسيات وصلت إلى البيت مبكراً عائدة من العمل لتجد أن فرانك جمع صفحات الجرائد ويحاول أن يشعل فيها النار ويلقيها في البيت بأكمله ، والحدث القريب الذي قام به فرانك مؤخراً هو إشعال النار في النموذج الورقي لطائرته ، وذلك فوق البوتجاز الموجود في المطبخ وجرى وهو يحملها في يديه إلى غرفة المعيشة ليضعها في المدفأة الموجودة بها ، ولسوء الحظ لم يصل إلى المدفأة في الوقت المناسب ، ووقعت الطائرة المحترقة على السجادة محدثة حريقاً صغيراً ، وفي هذا الوقت بدأ الارتباك والخوف يتركب فرانك فجرى خارجاً من المنزل وهو يصرخ ويطلب المساعدة ولحسن الحظ كانت والدته على مقربة من المنزل فأسرعت عائدة إلى البيت هي وفرانك واستطاعا أن يخمدا النيران (جاينور Gaynor ، ٢٠٠٢) .

ولحسن الحظ لم يسبب الحريق الذي أشعله فرانك أي ضرر جسيم ، وعدد مرات تكرار إشعال فرانك للحرائق قد ازداد تقريباً وقت انفصال أمه عن صديقها ، وهذا يوحي بأنه من الممكن وجود علاقة بين السلوك الذي يتضمن إشعال الحرائق والخلاف أو الصراع الأسري في أسرة فرانك ، وقد يكون من الممكن أيضاً أن فرانك يختبر حدود سلطة والدته ، وفي نفس الوقت فإنه يطلب المزيد من الانتباه والاهتمام من جانب والدته ، فسلوكه الذي يتضمن إشعال الحرائق ربما يمثل استغاثة لطلب المساعدة ، وحتى على الرغم من أن فرانك قد لا يكون قادراً على أن يفهم أو يعبر عن تلك (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

وقد ينظر إلى السلوك الذي يتضمن إشعال الحرائق على أنه محاولة

لإحداث نوع من التغيير في البيئة ؛ حيث أن السلوكيات البديلة التي تحفزها الحاجة إلى التغيير قد ثبت أنها غير فعالة ، فالأفراد الذين يشعلون الحرائق هم في العادة أفراد غير قادرين على أن يطوروا سلوكيات ملائمة أو مناسبة وضرورية للتعبير عن إشباع احتياجاتهم النفسية والاجتماعية ، فإشعال الحرائق قد يبدو عند بعض الأطفال كطريقة لتأكيد السيطرة أو التحكم في البيئة (جاينور Gaynor ، ٢٠٠٢) .

ويُعد العلاج النفسي الفردي ، والعلاج الأسري هما الطريقتان الأساسيتان المستخدمتان في علاج الأطفال الذين يشعلون الحرائق ، فالهدف الأساسي من العلاج النفسي الفردي هو التخلص الفوري من السلوك الذي يتضمن إشعال الحرائق مع التأكيد الثانوي على المشكلات الضمنية ، والعلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج السلوكي هما من أفضل طرق العلاج التي تم تطويرها لهذا الغرض ، والهدف الرئيسي للعلاج المعرفي السلوكي هو تعليم الأطفال كيفية التعرف على الدافع لإشعال الحريق ، وتفسير السلوك قبل البدء فيه واستبدال السلوكيات غير الملائمة بسلوكيات ملائمة من الناحية الاجتماعية (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

المنظورات : Perspectives

تم النظر إلى اضطراب المسلك من جوانب متعددة ، وكل جانب من هذه الجوانب يستخدم مصطلحات وتعريفات مختلفة لوصف الأنماط التي يتسم بها للسلوك ، وهذه الجوانب تتضمن الجانب القانوني Legal ، والجانب النفسي Psychological والجانب الطب نفسي Psychiatric ، والجانب المتعلق بالصحة العامة Public Health .

فمن الناحية القانونية : يتم تعريف السلوكيات العادية للمجتمع على أنها

أعمال انحرافية أو إجرامية ، ولأن الأعمال الانحرافية تكون نتيجتها القبض على مرتكبيها وتقديمهم للمحاكمة ، فإن التعريفات القانونية تستثني السلوكيات المعادية للمجتمع أو المنافسة للأعراف السائدة في المجتمع التي يرتكبها الأطفال الصغار في البيت أو في المدرسة ، ومن المهم أن نميز بين الانحراف الرسمي والانحراف الذي يتم ذكره في التقارير الذاتية ، والشباب الذي يظهر السلوكيات المعادية للمجتمع ، والذي يتم القبض عليه من جانب الشرطة ربما يختلف عن الشباب الذي يظهر نفس الأنماط السلوكية ولكن لا يتم القبض عليه بسبب ذكائهم أو سعة حيلتهم ، ويستمر الخلاف حول العمر الذي ينبغي أن تحدد فيه المسؤولية عن العمل أو السلوك المنحرف ، فيرى البعض أن الحد الأدنى للعمر الذي يجب فيه تحمل المسؤولية ١٢ سنة أو ١٣ سنة ولكن هذا العمر لم يتم الثبات عليه عبر السنين فيما يتعلق بتحمل المجتمع أو عدم تحمله أو تسامحه مع السلوكيات المعادية للمجتمع .

ونظراً للعدد الكبير من الشباب المتورط في أنشطة إجرامية ، فيجب أن نسأل فيما إذا كانت هذه السلوكيات ترجع في مجملها للبيئة العدوانية التي يعيش فيها هؤلاء الشباب ، أما ترجع لظروف داخل الفرد نفسه ، ولسوء الحظ لا توجد حدود واضحة بين الأعمال الانحرافية التي تعتبر رد فعل للظروف البيئية (مثل الأحياء التي ترتفع فيها نسبة الجريمة) ، وبين الأعمال التي تنتج عن عوامل داخل الفرد نفسه كالاندفاعية .

ويتطلب تعريف الصحة النفسية أن يعرض الطفل نموذج أو نمط مستمر يدل على أوجه السلوك المعادية للمجتمع ، وبالتالي فهناك مجموعة فرعية من الأطفال ينطبق عليها التعريف القانوني للانحراف، وينطبق عليهم أيضاً التعريف الخاص بالاضطراب العقلي .

ومن الناحية السيكولوجية : يقع اضطراب المسلك على خط متصل لسلوك خارجي يشمل خليطاً من الأعمال العدوانية والاندفاعية والانحرافية التي تتسم بفرط الحركة أو النشاط الزائد ، والأطفال الذين يقعون في الحد المتطرف الأعلى ، والذي يكون عادة انحراف معياري واحد أو أكثر فوق المتوسط يكون لديهم اضطراب المسلك (بيرنيز وآخرون . Burns et al. ، ١٩٩٧) .

وتشمل أوجه السلوك الانحرافي انتهاك القواعد كالهروب وإشعال الحرائق والسرقة والتزويغ من المدرسة واستخدام المشروبات الكحولية والمخدرات وارتكاب أعمال التخريب وتشمل السلوكيات العدوانية العراك والتدمير والعصيان أو عدم الطاعة والاستعراض والتحدي والعناد وتهديد الآخرين والقيام بأعمال مشينة .

وهناك بعدين مستقلين إضافيين للسلوكيات المعادية للمجتمع تم تحديدهما وهما الظاهر - الخفي Overt - Covert ، والمدمر - غير المدمر Destructive - Nondestructive ، والبعد الظاهر - الخفي يتراوح من الأعمال المرئية الظاهرة مثل العراك إلى الأعمال الخفية المستترة كالكذب أو السرقة ، والأطفال الذين يظهرون السلوكيات المعادية للمجتمع الظاهرة يكونوا سلبيين ، وسريعي الغضب ، ويعبرون عن الاستياء في تفاعلاتهم أو ردود أفعالهم تجاه المواقف العدوانية ، وينحدرون من أسر يسودها مستويات من النزاع أو الخلاف الأسري (كازدين Kazdin ، ١٩٩٢) ، وعلى العكس فالأطفال الذين يعرضون أو يظهرون السلوكيات الخفية المعادية للمجتمع يكونون اجتماعيين وقلقين بدرجة أكبر ، ويرتابون أو يشكون في الآخرين بدرجة أكبر ، وينحدرون أو يأتون من بيوت تقدم مساندة أسرية

قليلة لهم ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يظهرون السلوكيات الخفية والظاهرة المعادية للمجتمع ، وهؤلاء الأطفال يكونون في نزاع وخلاف مستمر أو متكرر مع السلطة ، ويظهرون أشد أنواع الخلل الوظيفي الأسرى ولديهم أسوأ النتائج الطويلة الأجل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

والبعد المدمر - غير المدمر يتراوح من أعمال كالقسوة على الحيوانات أو الهجوم البدني إلى سلوكيات غير مدمرة كالمجادلة Arguing أو حب الجدل وسرعة الغضب ، ويؤدي البعد الظاهر - الخفي مع البعد المدمر - غير المدمر إلى أربعة أنواع من اضطراب المسلك هي :
أ- المدمر الخفي أو انتهاك الممتلكات

Covert-Destructive or Property Violations

ب- الظاهر - المدمر أو العدوان Overt - Destructive or Aggression

ج- الخفي - غير المدمر أو انتهاك الحالة

Covert - Nondestructive or Status Violations

د- الظاهر - غير المدمر أو السلوك المعارض.

Overt - Nondestructive or Oppositional Behavior

والأطفال الذين يظهرون السلوكيات المدمرة الظاهرة ، ولاسيما العراك الجسدي المستمر يكونون في مخاطرة عالية من جراء حدوث مشكلات طبية نفسية فيما بعد ، وضعف في الأداء الوظيفي (برويدي وآخرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) .

ومن الناحية الطب نفسية : يتم تعريف المشكلات السلوكية على أنها اضطرابات عقلية متميزة تعتمد على الأعراض المرضية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي

American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) فإن اضطرابات السلوك الفوضوي أو المشين Disruptive Behavior Disorders هي أنماط مستمرة من أوجه السلوك المعادي للمجتمع التي تتضمن اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (لوبير وآخرون ، Loeber et al. ، ٢٠٠٠) .

من منظور الصحة العامة : يربط هذا المنظور بين الجوانب القانونية والسيكولوجية ، والطب النفسية وبين مفاهيم الصحة العامة وذلك فيما يتعلق بالوقاية والتدخل العلاجي ، والهدف هنا هو تقليل عدد الإصابات والوفيات والمعاناة الشخصية والتكاليف الاقتصادية المرتبطة بعنف الشباب ، و تشمل الصحة العامة منظومات متعددة ومجالات مختلفة فهي تجمع بين واضعي السياسات والعلماء والمتخصصين والشخصيات العامة في المجتمع والأسر والأفراد بهدف أن يفهموا مشكلات المسلك عند الشباب ، ويحددوا الطريقة التي يمكن إتباعها لعلاج هؤلاء الشباب ووقايتهم من الاضطراب (بيتت ودوج Pettit & Dodge ، ٢٠٠٣) .

الفصل الرابع

أسباب الاضطراب

مقدمة :

توجد أسباب متعددة لحدوث اضطراب المسلك فهو لا يظهر من تلقاء نفسه ، ولا يكون ظهوره عشوائياً في أي عينة غير مختارة من الأفراد في أي مجتمع بل لابد أن يكون هناك عوامل مساعدة على ظهور أو حدوث الاضطراب ، وفهمنا لهذه العوامل التي تسبب الاضطراب يُعد أمراً ضرورياً من أجل تطوير التدخلات العلاجية الفعالة والملائمة ، ومن أجل فهم إمكانية الوقاية من الاضطراب ، ولقد أُلقت نتائج البحوث الضوء على عدد من عوامل المخاطرة Risk Factors التي يعتقد أنها هامة فيما يتعلق بنمو أو نشوء السلوك المضطرب ، ويمكن تعريف العوامل السببية بصفة عامة على أنها العوامل التي لها علاقة بالطفل بخصوص الاستعداد المسبق البيولوجي ، وغيرها من العوامل التي لها علاقة بالبيئة ، وهنا تستخدم البيئة بمعناها الواسع الذي يشمل تفاصيل البيئة القريبة التي تقدم الرعاية للطفل (علاقة الطفل بوالديه أو أولياء أمورهم أو مقدمو الرعاية له) ، وكذلك تفاصيل البيئة البعيدة التي تشمل باقي أفراد الأسرة والعائلة والمجتمع .

أسباب الاضطراب :

يرتبط حدوث اضطراب المسلك بعدد من العوامل منها العوامل الوراثية ، والعوامل البيولوجية ، وسوء استخدام المادة ، والفقر ، كما يرتبط حدوث الاضطراب بالعلاقة بين الوالدين والطفل والخلل الأسري ، ويظهر الاضطراب غالباً في جو يسوده الصراع الأسري والعنصرية ، والأطفال الذين ينبذهم والديهم ويهملونهم ويتركونهم ، أو يفشلون في تربيتهم تربية جيدة ، ولا يشرفون عليهم أو يوجهونهم من المحتمل بدرجة كبيرة أن

يمارسون البطوجة على الآخرين ويسرقون أو يهربون من المنزل ، وبالمثل عندما يظهر الوالدين مستويات منخفضة من الحكم الأخلاقي Moral Judgment أو يكون لديهم حالة مزاجية مرتبطة بسوء استخدام المادة ، والاضطرابات الفصامية Schizophrenic Disorders من المحتمل بدرجة أكبر أن يعاني أطفالهم من أعراض اضطراب المسلك (كומר Comer ، ١٩٩٨ ؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي . American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

ولاضطراب المسلك درجات متباينة من الحدة أو الشدة فالإساءة من جانب الوالدين ، وبداية حدوث السلوك المسبب للمشكلات في مرحلة الطفولة المبكرة ، والمصاعب المالية ، ونقص الإشراف كل ذلك يرتبط باضطراب المسلك من النوع الحاد ، وبالإضافة إلى ذلك فسير المرض الردي يرتبط بزيادة في عدد وحدة المعايير النوعية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، كما تزداد المخاطرة مع وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة ، وسوء استخدام المادة (سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١) .

والبيانات التي توضح الانتشار العالي لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدى الآباء الذين لديهم اضطراب المسلك توحى بالانتقال الأسري Familial Transmission ، فالوالدين بالتبني للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك لم يوجد لديهم مشكلات تتعلق بعدم احترام المعايير المجتمعية أو مشكلات تتعلق بإدمان الخمر أو الخروج عن القانون (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ونظراً لأن الوراثة لها دور هام في هذا الصدد نجد أن هناك معدلات

عالية للاتفاق أو التطابق بالنسبة للسلوك المعادى للمجتمع في التوائم المتماثلة بدرجة أكبر مما في حالة التوائم غير المتماثلة .

وهناك مكون هام في النمو الطبيعي للطفل وهو نمو الجانب الخلفي في الشخصية الإنسانية وهو الجانب الذي يتعلق بنمو الوعي الأخلاقي واكتساب الإحساس أو القدرة بل الرغبة في الالتزام بالقواعد والأعراف والمعايير المجتمعية ، فمعظم الناس يمتنعون عن إيذاء الآخرين ليس فقط لأن ذلك غير قانوني ، ولكن لأنه سيجعلهم يشعرون بأنهم مذنبون إذا ألحقوا الأذى أو الضرر بالآخرين ، والدراسات التي اهتمت بفحص خلفيات الصغار ذوي السلوك المضطرب أو المشين أوضحت نمطاً لقصور الحياة الأسرية فيما يتعلق بالعوامل التي يعتقد أنها أساسية لنمو الجانب الخلفي في الشخصية .

والأطفال ذوي السلوك الفوضوي مثل الأشخاص المضطربين (ذوي الشخصية غير الاجتماعية والتي تتضح من خلال العنف والانحراف والسلوك الإجرامي) يبدو أن لديهم خلل أو نقص في نمو الوعي الأخلاقي فهم ينظرون إلى الأعمال المعادية للمجتمع على أنها أعمال مثيرة ومسلية .

وبعض أصحاب النظريات السيكدينامية Psychodynamic Theories يرون أن اضطراب المسلك هو اضطراب أو خلل في الأداء الوظيفي للأنا الأعلى ، أما أصحاب النظريات السيكلوجية الأخرى كنظرية التعلم الاجتماعي يرون أن الأطفال يمكنهم أن يتعلموا العدوان من الوالدين الذين يتصرفون أو يسلكون بطريقة عدوانية ، فالأطفال يقلدون الأعمال العدوانية التي يتم رؤيتها في أي مكان ، على سبيل المثال الأعمال العدوانية التي يشاهدونها في التليفزيون ، ونظراً لأن السلوك العدواني يكون مؤثراً على الرغم من أنه سلوك غير سار ووسيلة شنيعة لتحقيق الهدف، فمن

المحتمل أن يتم تعزيزه أو تشجيعه وبالتالي يتم الاستمرار فيه ، وقدم باترسون Patterson (١٩٨٦) شرحاً يوضح كيفية إثابة أو مكافأة المشكلات السلوكية من خلال مثال مستمد من الملفات الكلينيكية ، وهذا المثال نسوقه فيما يلي :

" كان كريس Chris البالغ من العمر ثمان سنوات قد حضر إلى العيادة بصحبة والدته التي وصفته بأنه لا يمكن السيطرة عليه ، فحينما ترفض أمه الامتثال إلى أو تلبية طلباته فإنه يصبح متضايقاً ، كما وصفته بأنه عنيداً وغير متعاون وبذيئاً ، وبين الحين والآخر كانت تعتريه نوبات من الغضب ويرقد على الأرض ويركل بقدميه ويصرخ ، وكانت والدته تتجاهل سلوكه لدقائق قليلة ، ولكنها كانت ترضخ لطلباته عندما تصبح نوبات غضبه صعبة جداً لدرجة لا يمكن أن تتحملها ، وهذا التتابع من الهياج والاستسلام أصبح عادة ولاسيما عندما تكون والدته مشغولة ، فعندما كانت تشعر بأنها في عجلة من أمرها ومرتبكة فإنها كانت تستسلم لكريس على الفور، وكان هذا السلوك يتكرر في معظم الأوقات " .

وفرض القهر أو الإجبار Coercion Hypothesis يشترط أن تتم إثابة أو مكافأة كريس وكذلك والدته في هذا التتابع للأحداث ، فتتم إثابة كريس بجعله يتصرف ويطلب ما يشاء ، وتتم إثابة والدته بتوقف كريس عن سلوكه البغيض ، ومن خلال الإثابة المتبادلة فإن المشكلات السلوكية عند كريس وانصياع والدته ربما يتم الاستمرار فيهما ، والعلاج القائم على فرض القهر أو الإجبار سيوجه الأم بالألا تستلم لكريس أثناء سوء سلوكه ، ومن ثم تطفئ مشكلة السلوك هذه ، ويبدو أن فرض الإجبار أو الإلزام يعد نموذجاً محتملاً ولكن يشرح أو يفسر فقط كيف يتم الاستمرار في السلوك المفيد ، وليس كيف ينشأ أو يحدث هذا السلوك في البداية .

ولكي نفهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك ، دعنا ننظر إلى أخين أو شقيقين - أحدهما مؤلف حائز على جائزة في التأليف الروائي ، بينما أخوه الأكبر محبوس في السجن لارتكابه جريمة قتل ، فكيف لنا أن نفسر أو نعلل هذه الفروق الشاسعة والمذهلة في نفس الوقت بين الأخين أو الشقيقين اللذان نما وترعرعا في نفس العائلة ؟ هل ذلك يرجع إلى اختلافات أو فروق في التركيبة الوراثية أو الجينية ، والأداء الوظيفي البيولوجي العصبي ، ومضاعفات الولادة ، والمزاج أو الطبع ، والذكاء ، والخبرات الأسرية ، وتأثيرات الأقران ، أو تركيبه ما من هذه العوامل ؟ ، والطرق السابقة التي استعرضت أسباب الاضطراب ركزت بشكل أساسي على الدافع العدوانية الطفل ، والإحباط ، ونماذج الأدوار الرديئة والتعزيز وأوجه العجز في الأداء الاجتماعي ، ومع ذلك فمعظم هذه التفسيرات تعد غير دقيقة إلى حد كبير ويمكن تحديدها فمثلاً ليس جميع الأطفال يتصرفون بطريقة عدوانية كما تتنبأ بذلك نظرية الدافع العدوانية ، كما أن الإحباط أحياناً يؤدي إلى التعاون وليس بالأحرى إلى العدوان ، وبالإضافة إلى ذلك ، فإن ترمبلاي Tremblay (٢٠٠٠) يرى أن نظريات السبب الواحد لا تتنبأ بطريقة فعالة بالسبب وراء أن مقدار ونوع السلوك العدواني يتغير تبعاً لعمر وموقف الطفل ، وعلى الرغم من أن كل نظرية متعلقة بسبب واحد تلقى الضوء على محدد هام ، فلا يمكن لأي نظرية متعلقة بسبب واحد أو فردية أن تشرح كل أسباب السلوك المعادي للمجتمع .

وفيما يلي تناول العديد من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك ، وسيتم تناول هذه العوامل أو الأسباب منفصلة بغرض التبسيط ، ومما يجب التأكيد عليه أن مشكلات المسلك عند الأطفال يمكن تفسيرها بأكبر

درجة ممكنة عن طريق الأسباب المتعددة أو عن طريق عوامل المخاطرة وعوامل الحماية التي تعمل بطريقة إجرائية بمرور الوقت ، وينتج اضطراب المسلك من التفاعل أو التأثير المتبادل بين الطفل الذي لديه استعداد مسبق وبين الأسرة والمجتمع والعوامل الثقافية ، ويقدم موفيت (Moffitt) (٢٠٠٣) ملخصاً للتأثيرات السببية التي تؤدي إلى حدوث السلوك المعادي للمجتمع .

١- الطفل :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالطفل المخاطرة الجينية أو الوراثية ، ومضاعفات قبل الولادة ، ومضاعفات الولادة ، والتعرض للرصاص ، والإثارة المنخفضة ، والفاعلية المنخفضة ، وأوجه العجز الوظيفي ، والمزاج أو الطبع الحاد أو الصعب ، ونقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاتصالات غير الآمنة ، وبداية حدوث العدوان في مرحلة الطفولة ، والإحجام أو التجنب الاجتماعي ، والانسحاب ، وأوجه العجز المعرفي والاجتماعي ، وتدني الذكاء اللفظي ، وأوجه العجز اللفظي .

٢- الأسرة :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأسرة القيم الأسرية المعادية للمجتمع والسلوك المعادي للمجتمع أو الإجرامي من قبل الوالدين ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين ، واكتئاب الأمهات ، وسوء استخدام المادة من جانب الوالدين ، والخلافات بين الزوجين ، ورعاية الطفل من أحد الوالدين فقط ، والأسرة الكبيرة العدد ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني ، وتدني مستوى تعليم الوالدين أو أحدهما ، والإهمال الأسري والسماح للأولاد بتداول الأسلحة .

وينتشر اضطراب المسلك بدرجة كبيرة في الأسر التي تعاني من الضغوط من جراء النزاع أو الخلافات والفقر والتي يكون فيها أحد الوالدين

أو كلاهما لديه اضطراب طبي نفسي مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو إدمان الخمر ، ولقد تم إجراء العديد من الدراسات لتحديد العوامل النوعية التي تضع الأطفال الذين يتربون في مثل هذه الأسر في مخاطرة خاصة ، وأوضحت نتائج هذه الدراسات أن هذه العوامل تشمل الاستعداد الوراثي أو الجيني ، ونقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية ، وعوامل البيئة الأسرية ، والمهارات الوالدية الرديئة .

٣ - العوامل المرتبطة بالوالدين :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد مساهمة البيئة الأسرية في حدوث واستمرار اضطراب المسلك وذلك عبر الأجيال ، فأسر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أن يكونوا قد جربوا الأحداث الحياتية السلبية ، والمصاعب المالية ، والبطالة ، وغير ذلك من المشكلات والضغوط ، ومن المحتمل أيضاً أن تكون مصادر المساندة الاجتماعية لديهم قليلة أو ربما يكونوا متورطين في نزاعات مستمرة مع الآخرين الذين يعيشون معهم في نفس البيئة (جافي وآخرون Jaffee et al. ، ٢٠٠٣) .

وبالإضافة إلى ذلك فإن أهل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أن يظهروا أوجه عجز كبيرة في المهارات الوالدية ، وبالتالي فالأطفال والمراهقين الذين لديهم مشكلات سلوكية أو سلوكيات منحرفة يبدو أن لديهم تجارب أسرية مختلفة عن الأطفال الذين لا يوجد لديهم هذه المشكلات ، ونتيجة لذلك فإن الأطفال الذين يعيشون في هذه الأسر يتعلمون كيف يستخدمون السلوكيات القسرية Coercive Behaviors في التفاعلات الأسرية وكيف ينقلون هذه الأساليب لمن يتصلون بهم من الأفراد الآخرين خارج دائرة الأسرة ، وبالنسبة للوالدين الذين يرغبون في الاشتراك في

برامج تدريب الوالدين القائمة على النواحي السلوكية فإن ذلك يمكن أن يكون فعالاً ومؤثراً في مساعدتهم على تقليل اضطراب المسلك والسلوكيات المرتبطة به ولاسيما إذا كان أطفالهم مازالوا صغاراً أو في مرحلة ما قبل المراهقة .

وتشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأسلوب الوالدي غير الفعال الإشراف والرقابة الوالدية الرديئة ، والتأديب غير المتسق وسوء المعاملة ، والتفاعلات المتضاربة أو المتنافرة بين الوالدين والطفل ، والاتصال الرديء ، وتدني أسلوب أو مهارة حل المشكلات ، والإهمال من جانب الوالدين ، والدفع المتدني من الآباء .

٤ - الأقران :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأقران النبذ من جانب الأقران ، والارتباط أو مصاحبة الأقران المنحرفين .

٥ - المدرسة :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالمدرسة الأداء الأكاديمي أو الدراسي السيئ أو الرديء ، والارتباط الضعيف بالمدرسة ، والتطلعات المدرسية أو التعليمية المتدنية ، ونقص الدافعية للتعلم ، وافتقار المدرسة إلى التعلم والنظام وعدم وجود وسائل جذب للتلاميذ داخل المدرسة ، وافتقار المدرسة إلى الأداء الوظيفي الفعال .

٦ - الجيران والمجتمع :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالجيران مساوئ الجيران والفقر وانتشار الفوضى وعدم الانضباط والانخراط في عضوية العصابات وانتشار الأسلحة وانتشار المخدرات والاتجاهات الثقافية السائدة والتي تشجع استخدام العدوان وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي تشجع على العدوان

والبلطجة .

٧- التنافر أو الخلاف بين الزوجين :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين الخلاف بين الزوجين وبين السلوك المعادي للمجتمع عند الأبناء ، ويتفق معظم الباحثين على أن النزاع أو الصدام بين الزوجين ، وليس الطلاق نفسه هو الذي يرتبط بالسلوك المشين أو المضطرب عند الأطفال ، وهناك العديد من النظريات التي تتناول كيف أن النزاع بين الزوجين يؤثر بطريقة عكسية على الأطفال وهذا النزاع بين الوالدين يقدم أسلوب لاستخدام العدوان كطريقة لمعالجة المشكلات ، وهنا يتم تقليد سلوك الوالدين بواسطة الأطفال ولا سيما البنين الذين يتم رؤيتهم غالباً على أنهم مضطربين سلوكياً ، كما أن الوالدين الذين لديهم مشكلات زوجية يكونان غير متناغمين أو غير متفقين في أساليب تنشئة وتنظيم سلوكيات أبنائهم مما يؤدي إلى سلوك غير محكم لدى الأطفال ، وهناك احتمال ثالث هو أن الأطفال يحدثون المشكلات كطريقة لتشتيت أو تحويل انتباه الوالدين عن النزاع القائم بينهما ، والاحتمال الأخير هو وجود طفل ذو اضطراب في المسلك يمكن أن يخلق أو يسبب نزاعاً بين الزوجين .

والبدل لهذه الاقتراحات أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي ترى أن هناك متغير ثالث وهو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالد أو الوالدة ، وهذا المتغير الثالث ربما يفسر أو يشرح النزاع بين الزوجين واضطراب المسلك عند الطفل ، وتقترح بياناتهم أن شخصية الوالدين المعادية للمجتمع ترتبط بدرجة ربيضة بأقرانهم أو شركاء حياتهم وينقلان سلوكهما غير الملائم إلى أبنائهم ، وربما يحدث ذلك من خلال ميكانيزمات وراثية وليس مباشرة من خلال تأثيرات أو نتائج الخلافات الزوجية .

ووجهات النظر السابقة قد ثبت أنها مفيدة في ضوء الميكانيزم الذي يربط الخلاف بين الزوجين بمشكلات الأطفال وجميعها تؤكد على أنه ينبغي على الوالدين أن يقللوا بدرجة كبيرة جداً من اشتراك أطفالهم في الخلافات الزوجية .

ومما يجب الإشارة إليه أن الفقر والازدحام الزائد بالمنزل والعيش على المعونات الاجتماعية والظروف المنزلية السيئة التي تنم عن سوء المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وارتفاع نسبة البطالة ، والمؤسسات التعليمية السيئة أو الرديئة ، والحياة الأسرية المضطربة ، والثقافة الفرعية التي ترى أن الانحراف شيئاً مقبولاً كل ذلك من العوامل المسهمة في حدوث اضطراب المسلك .

٨- التأثيرات الوراثية :

توضح التأثيرات الوراثية عالمية السلوك العدواني والسلوك المعادي للمجتمع عند البشر انطلاقاً من الحقيقة التي تفيد بأن مثل هذه السلوكيات تحدث في عائلات داخل وعبر الأجيال المختلفة أهمية العوامل الوراثية ، وعلى الرغم من أن مشكلات المسلك ليست مورثة ، فإن الكثير من السمات القائمة على النواحي البيولوجية مثل المزاج أو الطبع الصعب ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، والميل إلى الإدمان قد تجعل الأطفال عند ميلادهم يميلون إلى السلوك المعادي للمجتمع ، أو يكون لديهم ميل مسبق للاندفاعية والحالة المزاجية المتقلبة ، وضعف المثابرة في حل المشكلات ، والقلق وعدم الارتياح ، والسلبية والحساسية للضغوط (إيلى وآخرون Eley et al. ، ٢٠٠٣) .

وينبئ المزاج أو الطبع الحاد خلال العامين الأولين من الحياة إلى

حدوث قلق واندفاعية وسلوكيات غير مستقرة من الناحية الانفعالية ، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات أن المزاج أو الطبع الحاد في مرحلة الطفولة يرتبط على نحو خاص بالإدانة بجرائم العنف في المراهقة المتأخرة وفي مرحلة الرشد بينما أوضحت نتائج الدراسات الخاصة بالتبني والتوائم أن ٥٠% من تباين العينة السكانية في السلوك المعادي للمجتمع ترجع إلى العوامل الوراثية (تايلور وآخرون : Taylor et al. ، ٢٠٠٠ ؛ سيمونوف Simonoff ، ٢٠٠١) .

والأطفال ذوي النمط المستمر مدى الحياة (LCP) أكثر عرضة للمخاطرة الوراثية من جراء السلوك المعادي للمجتمع ، كما في حالة الأشخاص ذوي النمط المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة (AL) ، وتختلف قوة وطبيعة الإسهام الجيني أو الوراثي للسلوك المعادي للمجتمع اعتماداً على نوع السلوك وعمر الطفل ، ففي مرحلة الطفولة يكون السلوك المعادي للمجتمع العدواني Aggressive Antisocial Behavior وراثياً بدرجة كبيرة جداً بالمقارنة بالسلوك المعادي للمجتمع غير العدواني Non - Aggressive Antisocial Behavior الذي يتأثر بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية (جاكوبسون وآخرون : Jacobson et al. ، ٢٠٠٢) ، ومع ذلك فخلال مرحلة المراهقة فإن العوامل الوراثية والعوامل البيئية لهما تأثير متساوي لكلا الأشكال العدوانية وغير العدوانية للسلوك المعادي للمجتمع ، والاستمرارية في السلوك المعادي للمجتمع العدواني من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة تتوسطها التأثيرات الوراثية بدرجة كبيرة جداً ، بينما الاستمرارية في السلوك المعادي للمجتمع غير العدواني تتوسطها التأثير المشترك للعوامل الوراثية والعوامل البيئية معاً (إيلي وآخرون : Eley et al. ، ٢٠٠٣) .

وتقترح دراسات التنبؤ والتوائم أن العوامل الوراثية والعوامل البيئية تسهمان في حدوث السلوك المعادي للمجتمع عبر النمو ، على الرغم من أن هذه الدراسات لم تحدد الميكانيزمات التي تعمل هذه العوامل بواسطتها ، ومن المحتمل أن المخاطر الوراثية للسلوك المعادي للمجتمع تعمل عن طريق مسارات متعددة هي :

أولاً : قد ترتبط العوامل الوراثية بالطبع الصعب أو المزاج الحاد ، والاندفاعية ، والميل إلى البحث عن إثباتات أو مكافآت ، أو عدم الإحساس بالعقاب الذي يولد الميل المعادي للمجتمع أو الشخصية المعادية للمجتمع (ميللر وآخرون Miller et al. ، ٢٠٠٣) .

ثانياً : قد تزيد العوامل الوراثية من الاحتمال بأن الطفل سيتعرض لعوامل المخاطرة البيئية مثل الطلاق بين الوالدين ، وسوء المعاملة الوالدية ، والأحداث السلبية الأخرى التي تزيد من حدوث السلوك المعادي للمجتمع .

ثالثاً : قد يتوسط النمط الوراثي للأطفال القابلية للتعرض للعوامل والإهانات البيئية التي تساعد على حدوث السلوك المعادي للمجتمع فيما بعد ، فالأطفال الذين يعاملون معاملة سيئة ولديهم نمط وراثي أو جيني يرتبط بالمستويات العليا من أنزيم أيض الموصلات العصبية Monoamine Oxidase - A (MAOA) كانوا أقل احتمالاً أن يحدثوا السلوك المعادي للمجتمع عن الأطفال الذين يعاملون معاملة سيئة وليس لديهم هذا النمط الوراثي (كاسبى وآخرون Caspi et al. ، ٢٠٠٢) .

وينبئ السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الطفولة بسلوك مشابه في ذرية أو نسل الفرد ، وهذا التأثير ربما يستمر عبر أجيال متعددة فجدود

الأفراد المنحرفين من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكونوا قد اشتركوا في سلوك انحرافي أو سلوك إجرامي وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الجدود للأطفال غير المنحرفين (كابالدي وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، ومثل هذه النتائج لا يمكنها أن تحدد ما إذا كانت العوامل الأسرية أو العوامل الوراثية أو كلاهما معاً يحدث هذا التأثير أو النتيجة ، فدور العوامل الوراثية تؤيد دراسات التبني التي بينت أن اضطراب المسلك لدى الأفراد الذين تم تبنيهم بالإضافة إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المخدرات كان مرتبطاً بخلفيتهم البيولوجية وذلك بدرجة أكبر من الحالات في أسرهم المتبنية لهم ، ومع ذلك فإن البيانات المستمدة من دراسة كبيرة للتوائم الذين تم استدعائهم للخدمة العسكرية خلال فترة حرب فيتنام وجدت أن العوامل الوراثية لم تسهم في الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، وذلك على الرغم من أنها تنبئ بالتشابه بين التوائم في التعلق بشرب الخمر ، وتدخين المارجوانا (ترو وآخرون True et al. ، ١٩٩٩) .

وتسهم البيئة الأسرية بشدة في حدوث اضطراب المسلك ولكن بدرجة أقل إلى حد ما في المخاطرة من جراء التعلق بشرب الخمر ، وتدخين المارجوانا ، ونود هنا أن نوضح مدى مساهمة العوامل الوراثية في حدوث اضطراب المسلك مع العلم بأن هذه المساهمة لا توجد بدرجة كبيرة بالنسبة لاضطرابات أخرى ، فعندما يحدث اضطراب المسلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أو مع اضطراب العناد والتحدي فإن الرابطة الوراثية تكون أقوى (كومينجز Comings ، ٢٠٠٠) .

وهناك نوعان من اضطراب المسلك أحدهما يكون عابراً وينتهي أو يضمحل بانتهاء مرحلة المراهقة ، والآخر يستمر ، وهذا النوع الثاني يحدث في حالة وجود اضطرابات أخرى ويكون له بعض المحددات أو العوامل

الوراثية ، ويبدو أن النوع الأول يرتبط أكثر بالأسلوب الوالدي في التربية وبالأقران ، وغير ذلك من المحددات البيئية (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

٩ - العوامل المتعلقة بالتغذية ومضاعفات الولادة :

ترتبط سوء التغذية أثناء الحمل بالسلوك المعادي للمجتمع فيما بعد ، وتنشأ سوء التغذية أساساً نتيجة نقص البروتين ، ومن العوامل التي تؤدي أيضاً إلى حدوث مشكلات المسلك فيما يعد التسمم بالرصاص قبل الميلاد ، واستخدام الأم للنيكوتين والخمور والمارجوانا وغيرها من المواد أثناء فترة الحمل (داي وآخرون Day et al. ، ٢٠٠٠) ومع ذلك فإن الدليل الذي يؤكد المضاعفات الوالدية ومضاعفات الولادة كأسباب بيولوجية مباشرة لحدوث السلوك المعادي للمجتمع هو دليل ناقص (هودجنز وآخرون Hodgins et al. ، ٢٠٠١) ، فعلى سبيل المثال تم تفسير العلاقة بين تدخين الأمهات أثناء الحمل ، وبين مشكلات المسلك عند الأفراد في مرحلة المراهقة بانتقال الميل البارز المعادي للمجتمع من الأم إلى الطفل ، وليس بالأحرى إلى التأثيرات الجانبية للتدخين أثناء فترة الحمل (سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ٢٠٠٣) .

١٠ - العوامل البيولوجية العصبية :

ترتبط الأنماط السلوكية للناس بنظامين فرعيين للمخ ، كل نظام منها له مناطق تشريحية عصبية مميزة وله أيضاً مسارات للموصلات العصبية ، النظام الأول هو نظام التنشيط السلوكي Behavioral Activation System (BAS) وهذا النظام يحفز السلوك استجابة لإشارات الإثبات أو عدم العقاب ، والنظام الثاني هو نظام الكف السلوكي Behavioral Inhibition System (BIS) ، وهذا النظام يحدث القلق ويمنع السلوك من

الاستمرار ، وهناك أنماط سلوكية أخرى تنتج عن التوازن النسبي أو عدم التوازن المتعلق بنشاط النظامين السابقين ، ويمكن تشبيه نظام التنشيط السلوكي (BAS) بدواسة البنزين ، ونظام الكف السلوكي بفراجل السيارة ، وتظهر الأنماط السلوكية المعادية للمجتمع نتيجة نظام التنشيط السلوكي المتميز بالنشاط المفرط ونظام الكف السلوكي المتميز بقلّة أو نقص النشاط ، واتفقاً مع نظام التنشيط السلوكي (BAS) المفرط للنشاط ، نجد أن الأطفال ذوي مشكلات المسلك يظهرون استجابة متزايدة للإثباتات (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٣) .

والصغار الذين لديهم اضطراب المسلك ويظهرون بداية مبكرة لحدوث أعراض مرضية عدوانية يظهرون أيضاً إثارة فسيولوجية نفسية (أو إثارة قشرية أو مخية) منخفضة ، وتفاعل ذاتي أو تلقائي منخفض ، والإثارة المنخفضة ، والتفاعل الذاتي المنخفض ربما يؤديان إلى تعلم الإحجام أو التجنب استجابة أو رداً على التحذيرات أو التوبيخات ، أو استجابة رديئة للعقاب ، وهذا بدوره قد يؤدي إلى السلوك المعادي أو المنافق للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع (رايني Raine ، ٢٠٠٢ أ) ومعظم الأطفال يستجيبون للتأديب والعقاب بتقليل سلوكهم الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع ، وفي بعض الأحيان يحدث العكس كما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، فعندما يتم تأديبهم أو عقابهم يزدون من سلوكهم المعادي للمجتمع بل ويصبحون أكثر تحدياً ومعارضة .

ويرى ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) أنه توجد عوامل أخرى توحى بدور العوامل البيولوجية العصبية في حدوث مشكلات المسلك منها :

- وجود معدلات أعلى إلى حد ما للعوامل الإنمائية العصبية مثل مضاعفات الولادة Neuro Birth Complications Factors Developmental وإصابات الرأس لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .

- وجود أوجه عجز نفس عصبية Neuropsychological Deficits كما توحى بذلك نسبة الذكاء اللفظي المتدنية في الاستدلال اللفظي والوظائف التنفيذية لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .

- النتائج المستمدة من الدراسات النفسية ، والدراسات العصبية ، وتصوير المخ تقترح أن أوجه العجز التركيبي والوظيفي لقشرة الفص الجبهي للمخ ترتبط بالسلوك المعادي للمجتمع .

- النتائج المتعلقة بالعلاقة بين هرمون الذكورة (التستوستيرون) Testosterone والعدوان غير متسقة ؛ حيث إن مستويات هرمون الذكورة ترتبط بدرجة كبيرة بالأشكال التفاعلية للعدوان عما في حالة العدوان غير المثير للغضب أو الاستفزاز .

ويرى راني Raine (٢٠٠٢ ب) أن المستويات المنخفضة للإثارة القشرية أو المخية ، والتفاعل التلقائي أو الذاتي لهمل دوراً رئيسياً في حدوث السلوك المعادي للمجتمع ، وعلى وجه الخصوص بالنسبة لمشكلات المسلك ذات الحدوث المبكر والمستمرة مع استمرار حياة الفرد ، وكثير من التأثيرات الخاصة بالغدد الصماء والتأثيرات الفسيولوجية النفسية تم تضمينها في حدوث السلوك المعادي للمجتمع ، ومع ذلك ، فهناك دليل قوى على أن التفاعل بين هذه المخاطر البيولوجية العصبية والظروف البيئية السلبية هو الذي يؤدي إلى حدوث واستمرار السلوك المعادي للمجتمع .

١١ - العوامل المعرفية الاجتماعية :

تم النظر إلى الارتباطات بين تفكير الأطفال وبين سلوكهم العدواني وذلك بعدة طرق ، وبعض هذه الطرق ركزت على أشكال غير ناضجة من التفكير مثل التمرکز حول الذات Ego - Centrism ونقص تناول المنظور الاجتماعي ، وهناك طرق أخرى ركزت على النقص المعرفية مثل فشل الطفل في تنظيم السلوك أو التشوهات المعرفية مثل تفسير حدث محايد أو حيادي على أنه عمل عدواني تم عن قصد ، وقدم دودج وبيتيت Dodge & Pettit (٢٠٠٣) نموذجاً معرفياً اجتماعياً شاملاً لتفسير السلوك العدواني والسلوك المعادي للمجتمع عند الأطفال ، وفي هذا النموذج تقدم العمليات الانفعالية والمعرفية دوراً رئيسياً ، فالأطفال يفترض أنهم يطوروا معرفة اجتماعية عن عالمهم تقوم على مجموعة فريدة من نوعها أو لا نظير لها من الاستعدادات المسبقة والتجارب الحياتية والسياقات الثقافية الاجتماعية ، وفي مواقف اجتماعية معينة يستخدم الأطفال بعد ذلك هذه المعرفة الاجتماعية لترشيد تشغيلهم للمعلومات الاجتماعية بطرق من شأنها أن تؤدي مباشرة إلى سلوكيات معينة ، فمثلاً عندما يغضبهم أو يضايقهم شخص في فناء المدرسة ، وهذا الشخص يكون من بين أقرانهم أو زملائهم ، فهل يضحك هذا الطفل مع الحشد الواقف بين الزملاء ويمضي بعيداً عنهم أو يرد عليهم بعدوانية ؟ ، فمن المفترض أن تحدث مجموعة من العمليات الانفعالية ، ونوع من التفكير وذلك بين المثير الاجتماعي المتعلق بالإغظة وبين رد فعل الطفل ، فتفكير وسلوك الأطفال العدوانيين أو الذين يتصرفون تصرفات لا تتفق مع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع أو في المواقف الاجتماعية المختلفة يتميز غالباً بأوجه عجز في خطوة أو أكثر من الخطوات التي يلخصها الجدول التالي :

جدول (٣)

خطوات تفكير وسلوك الأطفال العدوانيين في المواقف الاجتماعية المختلفة

الخطوات	الوصف
الخطوة (١) : التفسير	يستخدم الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية مفاتيح أو دلالات بسيطة قبل اتخاذ أي قرار ، وعندما يحددون ويتخذون قراراً لموقف بين شخصي فإنهم يبحثون عن معلومات تتعلق بالحدث قبل التصرف .
الخطوة (٢) : التفسير	ينسب الأطفال العدوانيون النوايا العدوانية لأحداث مبهمة أو غامضة .
الخطوة (٣) : البحث عن الاستجابة	ينتج الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية استجابات قليلة ، ولكنها عدوانية بدرجة كبيرة ، ويكون لديهم معرفة أقل عن حل المشكلات الاجتماعية .
الخطوة (٤) : قرار الاستجابة	يكون لدى الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية احتمال أكبر أن يختاروا حلولاً عدوانية .
الخطوة (٥) : تمثيل الأدوار	يستخدم الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية اتصالات لفظية رديئة ويعتمدون على القوة الجسدية .

١٢ - العوامل الأسرية :

يمكن اعتبار الكثير من العوامل الأسرية أسباباً محتملة لحدوث السلوك المعادي للمجتمع عند الأطفال ، وتتضمن هذه العوامل الممارسات التأديبية الرديئة ، والتأديب القاسي ، وقلة الإشراف من جانب الوالدين ، وقلة الحب أو الود ، والخلافات بين الزوجين أو الوالدين ، والعزلة الأسرية ، والعنف المنزلي (شيني Cheny ، ٢٠٠٧) ، وعلى الرغم من أن الارتباط بين

العوامل الأسرية ، ومشكلات المسلك واضح بدرجة كبيرة إلا أن طبيعة هذا الارتباط والدور السببي الممكن للعوامل الأسرية محل جدل ونقاش مستمر .

وترتبط المشكلات الأسرية بحدوث اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي مع وجود ارتباط أقوى في حالة اضطراب المسلك بالنسبة للأطفال الذين ينتمون للمسار المستمر مدى الحياة (LCP) ، مقابل المسار المحدد بمرحلة المراهقة (AL) (لا هي وآخرون Lahey et al. ، ٢٠٠٢) وهناك تركيبة لعوامل المخاطرة الفردية للطفل تتمثل في الطبع الحاد أو الصعب ، وأوجه العجز الشديدة لمهارات الأسرة في الإدارة أو التعامل ، وهذه التركيبة تفسر الأشكال المستمرة والحادة للسلوك المعادي للمجتمع .

وترتبط العوامل الأسرية بالسلوك المعادي للمجتمع عند الأطفال بطرق معقدة ، ويتم فهم هذه العوامل بالنظر إلى العوامل الموجودة في البيئة وفي الطفل ، فعلى سبيل المثال فإن الإساءة الجسدية تعتبر عامل مخاطرة قوى بالنسبة لحدوث السلوك العدواني فيما بعد ، وأحد الأسباب المؤيدة لهذا الارتباط بين العوامل هو أوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية عند الطفل والتي تنتج من الإساءة الجسمية ، وكما رأينا فإن النمط الوراثي للطفل يمكن أيضاً أن يتوسط العلاقة بين سوء المعاملة الوالدية وبين السلوك المعادي للمجتمع فيما بعد (كاسبي وآخرون Caspi et al. ، ٢٠٠٢) .

وتتأثر الخلافات بين الزوجين بالعديد من العوامل التي تتضمن عدم تواجد الوالدين ، واستخدام التأديب القاسي (العنيف) ، والمراقبة المتراخية ، وكيفية تفسير الطفل للنزاع بين الوالدين ، والعوامل الفردية والديموجرافية أو السكانية ، والظروف الأخرى المرتبطة بالخلاف أو النزاع الأسري أو الطلاق مثل الضغوط النفسية ، والاكتئاب ، وفقدان الاتصال بأحد الوالدين ،

والصعوبات المالية ، كل ذلك يساهم في حدوث السلوك الذي لا يتفق مع الأعراف والقيم السائدة في المجتمع (كيومنجز ودافيس & Cummings Davies ، ٢٠٠٢) ويمكن أن يحدث السلوك العدواني والقياسي ردود أفعال قوية كالغضب والاستجابة القاسية بشكل واضح ، والمفهوم الهام لفهم التأثيرات الأسرية على السلوك المعادي للمجتمع هو التأثير التبادلي Reciprocal Influence بمعنى أن سلوك الطفل يتأثر بسلوك الآخرين ويؤثر في سلوك الآخرين ، فالممارسات الوالدية السلبية تؤدي إلى حدوث السلوك المعادي للمجتمع ، ولكنها قد تكون أيضاً رد فعل للسلوكيات العدوانية والمتسمة بالمعارضة من جانب أطفالهم ، ومن الأمور الهامة أن الاتصال بالأب الغائب عقب المشكلات الزوجية أو انفصال الزوجين يمكن أن يكون عامل مخاطرة أو عامل حماية أو عامل وقائي للسلوك المعادي للمجتمع استناداً إلى ما إذا كان الأب نو سلوك معادي للمجتمع أم لا (جافي وآخرون Jaffee et al. ، ٢٠٠٣) .

ويتجاوب أمهات الأطفال اللاتي لديهن اضطراب المسلك بطريقة أكثر سلبية مع أبنائهن ، وهذا يوحي بأن التفاعلات السلبية مع أبنائهن لها تأثير شديد ، ويعتبر التأثير التبادلي طريقة مفيدة للتفكير في التفاعل بين التأثيرات الأسرية والسلوك المعادي للمجتمع خلال مسار النمو ، ومع ذلك ترتبط بعض جوانب البيئة الأسرية بالسلوك المعادي للمجتمع نتيجة الاستعداد الوراثي المشترك الذي يؤدي إلى أن يقوم الوالدين والطفل بإظهار أو عرض أنماط لسلوك مشابه (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

نظرية القهر أو القسر Coercion Theory

تؤكد نظرية القهر أو الإكبار لجيرالد باتيرسون Patterson على أن

التفاعلات بين الوالدين والطفل تقدم مساحة للتدريب على حدوث وتطور السلوك المعادي للمجتمع ، ويحدث ذلك من خلال تتابع مكون من أربع خطوات ، ويتعلق بالاشتراط الهروبي أو التجنبي Escape Conditioning ، ويتعلم فيه الطفل أن يستخدم أشكالاً مكثفة بدرجة متزايدة من السلوك الهدام أو الضار ليتهرب من أو يتجنب المطالب الوالدية غير المرغوب فيها ، والتفاعل القهري أو القسري بين الطفل والوالدين يبدأ عندما تجد الأم ابنها يشاهد التلفزيون بدلاً من أداء الواجب المدرسي ، وتتألف التفاعلات القهرية بين الوالدين والطفل من أعمال يتم ممارستها جيداً ، والتي قد تحدث مع وجود قليل من الوعي أو الدراية ، وهذه العملية تسمى مصيدة أو فخ التعزيز Reinforcement Trap ، وذلك لأنه مع مرور الوقت يصبح كل أعضاء الأسرة محبوسين بنتائج أو عواقب سلوكياتهم ، فعلى سبيل المثال نجد أن أمهات الأطفال ذوي السلوك المعادي للمجتمع أقل احتمالاً بواقع ثمان مرات في أن ينفذن ويؤكدن على المطالب عما هو الحال أو الوضع عند أمهات الأطفال الذين لا يوجد لديهم مشكلات سلوكية (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٩٢) .

وتتأثر العلاقة بين الرعاية الوالدية أو الأسلوب الذي يتبعه الوالدين في التربية وبين مشكلات المسلك بالسمات القاسية وغير الانفعالية أو الباردة لدى الطفل (CU) Callous - Unemotional Traits ، فالأسلوب الوالدي غير الفعال في التربية يرتبط بمشكلات المسلك ، ولكن فقط عند الأطفال الذين تكون سماتهم القاسية وغير الانفعالية منخفضة (ووتون وآخرون Wootton et al. ، ١٩٩٧) .

ويظهر الأطفال الذين لديهم أسلوب بينشخصي غير انفعالي (بارد)

وقاسى (CU) Callous - Unemotional Traits مشكلات دالة في المسلك بصرف النظر عن الأسلوب الوالدي الذي يتلقوه ، وتتأثر العلاقة بين الضبط الوالدي ومشكلات المسلك بمقدار الضبط ، فالضبط أو التهذيب الكثير جداً جداً والتهذيب أو الضبط القليل جداً جداً لكلاهما آثار عكسية ، فالعلاقة بين الضبط الوالدي والسلوك المضاد للمجتمع قد تتأثر أيضاً بالخلفية الثقافية للأسرة ، والمناخ الانفعالي الذي يستخدم فيه الضبط أو التهذيب ، وجنس أو نوع الوالد (سواء الوالد أو الوالدة) ، وجنس أو نوع الطفل ، فعلى سبيل المثال قد يكون التهذيب فعالاً تماماً في نفس النوع بين الوالد والطفل أي تأديب الفتيات من جانب أمهاتهن ، وتأديب الأبناء من جانب آبائهم (ديتير-ديكارد ودودج Deater-Deckard & Dodge ، ١٩٩٧) .

التفاعل القهري أو القسري بين الوالدين والطفل :

يرى باترسون وآخرون Patterson et al. (١٩٩٢) أن الاشتراط الهروبي أو التجنبي Escape Conditioning يتضمن أربع خطوات يوضحها المثال التالي :

الخطوة رقم (١) : تقوم والدة الطفل برفع صوتها وتوبيخ ابنها قائلة له : لماذا تجلس أمام التليفزيون والمفروض أن تقوم بأداء الواجب المدرسي .

الخطوة رقم (٢) : يعرض الطفل على أسنانه قائلاً : إن المدرسة مملة والمعلمين في مدرستي أغبياء ، وليس عندي أي واجب مدرسي أعمله (ومجادلة الطفل لوالدته لها تأثير فوري يدل على عقابه لوالدته لتوبيخه وبمرور الوقت ربما تقلل من جهودها في عمل أي شيء حيال واجبه ومشكلاته المدرسية) .

الخطوة رقم (٣) : تسحب الأم طلبها بشأن تكلمة الواجب ، وتسمح لنفسها أن تكون راضية بأنه ليس لديه أي واجب مدرسي يقوم بعمله ، وتخفف من صوته وتقول : هل السيدة " س " مازالت تحت التلاميذ على النوم في حصتها من خلال طريقته المملة في الشرح لمقرر اللغة الإنجليزية ؟ وانسحاب أو تراجع الأم عن طلبها من ابنها لعمل الواجب المدرسي من شأنه أن يعزز بطريقة سلبية جدل الابن ويزيد من الفرص بأنه في المرة القادمة إذا أثارت الأم موضوع الواجب المنزلي أو المدرسي فسوف يتجادل معها ، ومع مرور الوقت فمن المحتمل أيضاً أن الطفل سيزيد من حجم تفاعلاته السلبية بالصياح وإلقاء أو رمي الأشياء .

الخطوة رقم (٤) : بمجرد أن تتراجع الأم عن طلبها ، يتوقف الابن عن المجادلة ، ويشارك في سلوك محايد أو سلوك إيجابي ويقول لأمه : إنك متأكدة تماماً من أن مدرسة اللغة الإنجليزية من الصعب أن يظل الفرد يقظاً أو مفتوح العينين (منتبهاً) في حصتها ، وعندما يوقف الابن سلوكه الهدام فإنه يعزز بطريقة سلبية سلوك والدته بأن تستسلم ، وبأنها لن تفعل ذلك مرة أخرى استجابة لمجادلته واعتراضاته .

نظريات التعلق أو الحب Attachment Theories

تؤكد نظريات التعلق أو الحب على أن نوعية تعلق الأطفال بوالديهم تحدد التعرف النهائي من جانبهم على قيم ومعتقدات ومعايير الوالدين ، وحتى إذا امتثلوا لطلبات والديهم فإنهم يفعلون ذلك بسبب التهديدات التي يتم إبراكها والمتعلقة بحريرتهم أو سلامتهم الجسدية ، وفي حالة عدم تواجد هذه التهديدات مثلاً عندما لا يكون هناك إشراف على الطفل فمن المحتمل أن يحدث السلوك المضاد للمجتمع ، ويؤدي الارتباط الضعيف مع الوالدين إلى

أن يرتبط الطفل بالأقران المنحرفين ، وهذا بدوره يؤدي إلى الانحراف وسوء استخدام المادة (إليوت وآخرون Elliott et al. ، ١٩٨٩) .

وتؤيد نتائج البحوث وجود علاقة بين التعليقات غير الآمنة والسلوك المعادي للمجتمع وذلك خلال مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة ، ومع ذلك لا يتضح ما إذا كانت نوعية التعلق في حد ذاتها يمكن أن تتبى بالتغير أو التباين الحالي أو المستقبلي في حدة أو شدة مشكلات المسلك ، ومن المحتمل أن العلاقة بين التعلق أو الحب والسلوك المعادي للمجتمع تتأثر بكثير من العوامل بما في ذلك نوع أو جنس الطفل والمزاج أو الطبع ، وممارسات الإدارة الأسرية (بوجس وآخرون Burgess et al. ، ٢٠٠٣) .

١٣ - الضغوط النفسية وعدم الاستقرار الأسري :

تتميز أسر الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية بتركيب أسري غير مستقر مع وجود تغيرات أو تحولات متكررة في محل الإقامة ، ويرتبط عدم الاستقرار الأسري بالمخاطرة الزائدة عند الطفل من جراء حدوث السلوك المضاد للمجتمع ، والمشكلات الدراسية ، والقلق ، والاكتئاب ، والارتباط بالأقران المنحرفين ، وفي معظم الحالات فإن تأثير السلوك المضاد للمجتمع عند الطفل يرتبط بالخلافات الأسرية والتفكك الأسري الذي يصاحبه ، وفي بعض الحالات يساهم السلوك المضاد للمجتمع عند الطفل في عدم الاستقرار الأسري عن طريق زيادة فرص الطلاق ، كما يرتبط التوتر الأسري الشديد بالسلوك السلبي للطفل في البيت ، وربما يكون سبباً ونتيجة أيضاً للسلوك المعادي للمجتمع (وايت White ، ٢٠٠٦) .

وترتبط البطالة ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، والانتقالات المتعددة للأسرة باضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ، ولا

ترتبط باضطراب المسلك الذي يبدأ في مرحلة المراهقة ، ومن بين المنغصات الأسرية يعتبر الفقر أحد المنبئات القوية جداً لاضطراب المسلك ، والمعدلات العالية للجريمة (باجاني وآخرون Pagani et al. ، ١٩٩٩) ، وتؤثر الضغوط النفسية على ممارسات الإدارة الأسرية وعلى قدرة الوالدين على أن يكونوا مساندين لأطفالهم .

وتحدث الميول العدوانية والمعادية للمجتمع في الأسر داخل وعبر الأجيال ، فيكون لدى أهل الأطفال المعادين للمجتمع معدلات مرتفعة في مرات القبض عليهم من جانب الشرطة بسبب انتهاكاتهم لقواعد المرور وسحب الرخص منهم ، وسوء استخدام المادة (كابلدی وآخرون Capaldi et al. ، ٢٠٠٣) ، ويظهر الأفراد ذوي السلوك المعادي للمجتمع سواء الوالدين أو الأهل أسلوباً هائجاً ومتفجراً من التفاعل أثناء مواجهاتهم لأطفالهم عند التأديب أو التهذيب ، وترتبط الحالة المرضية النفسية عند الوالدين كاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع بقوة باضطراب المسلك عند أطفالهم ، وهذه العلاقة تكون واضحة على نحو خاص بالنسبة للآباء كما في حالة العلاقة بين السلوك الإجرامي عند الوالدين ، وسوء استخدام المادة وأنماط السلوك المضاد للمجتمع عند الأطفال ، وهذا الارتباط القوي بين اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين و السلوك المعادي للمجتمع عند الطفل يكون مستقلاً عما إذا كان الأب يعيش في البيت أو على درجة من الاتصال بالطفل (رادو Radu ، ٢٠٠٩) ، وبالنسبة للأمهات فإن الشخصية المتكلفة Histrionic Personality (وهي الشخصية العاطفية والدراماتيكية بشكل مفرط ، والشخصية التي تسعى إلى جذب الانتباه) ، والاكنتاب أيضاً يرتبطان بالسلوك المعادي للمجتمع عند الأطفال ، وذلك على الرغم من أن هذه النتائج ليست متسقة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) .

١٤ - العوامل المجتمعية :

تتفاعل أسباب السلوك المعادي للمجتمع على مستوى الفرد والأسرة مع السياق المجتمعي والثقافي في تحديد مشكلات المسلك ، كما أن الفقر والجرائم التي تنتشر في أحياء معينة ، والتمزق الأسري ، والتنقل المستمر للأسرة من مسكن إلى آخر ، كل ذلك يرتبط بالجريمة والانحراف عند الأفراد الصغار ، ومع ذلك فإن الميكانيزمات النوعية التي عن طريقها تؤدي هذه الظروف إلى الجريمة ليست معروفة ، وتفترض نظريات التفكير الاجتماعي أن تركيبات المجتمع تؤثر على العمليات الأسرية التي تؤثر بعد ذلك على توافق الطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وترتبط العوامل السياقية العكسية (على سبيل المثال الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية) بالأسلوب الوالدي الرديء ولاسيما التأديب أو التهذيب القاسي وغير المتوافق ، والإشراف الوالدي الرديء ، وهذه العوامل بدورها ترتبط بالحدوث المبكر للسلوك المعادي للمجتمع ، والقبض المبكر من جانب الشرطة والإساءة المزمنة أثناء مرحلة المراهقة ، والدائرة المفرغة للفشل التكيفي أو التوافقي Adaptational Failure ، والضغط النفسي ، تفرض ضغطاً مستمراً على الوالدين والطفل (كابالدي وباترسون Capaldi & Patterson ، ١٩٩٤) .

ويعتبر الفرد المعادي للمجتمع أكثر عرضة ومخاطرة للدخول في فئة العاطلين ، والمحرومين من المزايا المجتمعية ، فعلى سبيل المثال فإن الضرر الاجتماعي والانتقال المتزايد من مكان إلى آخر بغرض السكن ، وحالات الطلاق ، والنشاط الجنسي المبكر ، كل ذلك قد يؤدي إلى زيادة في عدد الأمهات اللاتي يتعرضون لمخاطرة كبرى من جراء الممارسات الوالدية المعادية للمجتمع ، وأيضاً فإن الأمهات المعاديات للمجتمع ذوى المهارات

الأقل ربما ينحرفن إلى مناطق ومدن كبرى تعزلهن عن الأهل والجيران وتؤدي بهن إلى أن يعشن في جو يسوده عدم الثقة والاتصال الضئيل ، وعندما يصبحن حوامل مرة أخرى فربما يكون لديهن ميل منخفض لخدمات الصحة العامة ، فالتغذية الرديئة ، والمخدرات قد تؤدي إلى إجاب أطفال منخفضين في الوزن وغير مكتملين النضج ، وهذا يؤدي بدوره إلى وجود أطفال يصعب التعامل معهم من جانب والديهم مما يزيد من احتمال وجود السلوك المعادي للمجتمع وبالتالي حدوث مبكر للقبض عليهم من جانب الشرطة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) .

١٥ - منطقة الجيرة (الحي) والمدرسة :

ينتشر السلوك المعادي للمجتمع بصفة عامة بطريقة تفاوتية أو تباينية في الأحياء الفقيرة التي تتميز بثقافة فرعية إجرامية تؤيد أو تساعد عملية الاتجار في المخدرات ، وعملية الدعارة ، والعنف من جانب مجموعة الأقران ، والعضوية في العصابات المنحرفة ، كما تتميز هذه الأحياء أيضاً بالمساندة الاجتماعية المتدنية ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذين لديهم سلوك معادي للمجتمع يميلون إلى اختيار الأحياء التي بها أفراد على شاكلتهم ؛ حيث ينتقلون باستمرار من مكان إلى آخر ، وتوضح فرص الاختيار الاجتماعي أن الأفراد الذين ينتقلون إلى أحياء متعددة يختلفون قبل وصولهم إلى هذه الأحياء وأن الأفراد الذين يظلون أو يبقون يختلفون عن الناس الذين يغادرون أو يرحلون ، وهذا يخلق أو يولد تنظيمياً لمجتمع يصغر العلاقات الاجتماعية المثمرة والمعايير الاجتماعية الفعالة الأمر الذي يجعل السلوك المعادي للمجتمع مستقراً أو ثابتاً (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ونتائج سمات المجتمع على الجريمة والانحراف يتم تعزيزها بالتفكك

الاجتماعي الموجود في الحي والذي يتميز بالقليل من الصداقات وشبكات التعارف ، وعدم القدرة على الإشراف أو مراقبة مجموعات الأقران المراهقين ، وفي الواقع فإن التأثير الرئيسي للأهل المؤثرين أو الفعالين في الأحياء ذات المخاطرة العالية يتمثل في معارضة العضوية أو الانخراط في العصابات (تولان وآخرون Tolan et al. ، ٢٠٠٣) .

ويرتبط الالتحاق بمدرسة رديئة في الأحياء التي بها خطورة عالية بسلوك معادى للمجتمع وسلوك منحرف ، والتجربة المدرسية الموجبة يمكن أن تكون بمثابة عامل حماية أو عامل وقائي من حدوث هذه السلوكيات ، فالبيئة المدرسية الجيدة تتميز بوجود متطلبات واضحة بالنسبة لاستكمال الواجب المنزلي وتوقعات أكاديمية أو دراسية عالية ، وسياسات متسقة فيما يتعلق بالتأديب أو الانضباط ، وربما يكون التحصيل معوضاً جزئياً عن الظروف الأسرية السيئة ، وتؤدي التدخلات المنتظمة للنهوض بهذه الصفات المدرسية إلى انخفاض كبير في مشكلات المسلك لدى أطفال المدارس (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

١٦ - وسائل الإعلام :

تعد المشاهد التليفزيونية أو السينمائية التي تصور الهروب أو الإثارة شيء ضروري وهام لمعظم الأطفال كمنافذ لانفعالاتهم وعواطفهم ولاسيما مشاعرهم المتعلقة بالعدوان ، كما أن البرامج التي تصور بطريقة شيقة السلوك المعادى للمجتمع والجريمة والقتل تؤثر على اتجاهات الأطفال المضادة للمجتمع ، وتؤدي إلى العدوان ، والجدل المتعلق بتأثيرات الإعلام على العدوان عند الأفراد الصغار ينتشر أو يتفشى بشكل فعال اليوم ، فمن ناحية يعتقد بعض الباحثين أن العنف الذي يشاهده الأطفال في التليفزيون يؤثر بالسلب على هؤلاء الأطفال وبإمكاننا أن نقلل من جرائم القتل بإغلاق

أو فصل التيار الكهربائي عن التليفزيون ، ومن ناحية أخرى يرى بعض الباحثين أن هناك دليل بسيط على وجود علاقة سببية بين العنف الذي يقدمه التليفزيون وبين السلوك العدواني عند الأطفال .

وعندما يصل الطفل إلى الصف السادس الابتدائي يكون هذا الطفل أو الطفلة قد شاهد العديد من جرائم القتل في التليفزيون ، وكذلك العديد من أعمال العنف ، ومبعث الخوف هنا أن هذه الوجبة المستمرة من العنف قد تؤدي إلى أو تجعل الأطفال يفكرون في العنف على أنه شيء عادي أو أمر طبيعي ، ويصبحون أقل إحساساً وتأثراً بمعاناة الآخرين ، ويميلون إلى تقليد هذه الأعمال العنيفة .

ويرى هيوزمان وآخرون Huesmann et al. (٢٠٠٣) أن التعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام يمكن أن يكون :

- عامل مساعد ومتربسب قصير الأجل للسلوك العدواني والعنيف .
- عامل استعدادي طويل الأجل للسلوك العدواني المكتسب عن طريق ضعف الإحساس بالعنف والتعلم بالملاحظة .

والتعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام يعزز أو يقوي من الميل المضادة للمجتمع الموجودة من قبل عند بعض الأطفال ، فمثلاً في سلسلة الدراسات التي امتدت لعقد من الزمن ، وجد أن الأطفال ذوي اضطراب المسلك يشاهدون قدراً كبيراً نسبياً من مادة العنف ويفضلون الشخصية العدوانية ، ويعتقدون أن المحتوى الروائي يكون حقيقياً ، كما وجدت الدراسات الطويلة الأجل أن التعرض في مرحلة الطفولة وذلك فيما بين السادسة والتاسعة من العمر ، وتقمص الشخصيات العدوانية التي يشاهدونها في التليفزيون ينبئ بوجود سلوك عدواني وإجرامي خطير بعد ذلك بـ ١٥ سنة ، والارتباط بين العنف الذي يشاهده الأطفال في التليفزيون وبين العدوان

هو ارتباط لا يقبل الجدل أو لا يمكن إنكاره ، ولكن هل العنف الذي يقدمه التلفزيون يسبب العدوان ؟ وعلى الرغم من أن البحوث تقترح وجود علاقة سببية إلا أن الإجابة على هذه الأسئلة تظل صعبة ومحيرة رغم نتائج البحوث ، ولا يمكن أن يكون تأثير وسائل الإعلام وحده هو الذي يفسر أو يعلل الجزء الأكبر من السلوك المعادي للمجتمع عند الأطفال الصغار ، وتتفاعل تأثيرات وسائل الإعلام مع استعدادات الطفل ، وظروف الأسرة ، والعوامل المجتمعية ، والعوامل الثقافية في الإسهام في حدوث مشكلات المسلك ، ولكن من الواضح أنها تمثل عامل مساهمة هام يتم إغفاله أحياناً ، والتعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام لا يستطيع أن يحول طفلاً جيد التوافق أو سوى إلى مجرم عنيف ، ومع ذلك فإن كل عنف يقدمه التلفزيون يزيد قليلاً من الاحتمال بأن الطفل سيكبر ليتصرف أو يسلك بطريقة أكثر عدوانية في موقف ما .

١٧ - العوامل الثقافية :

تؤثر الفروق الثقافية في أسلوب التعبير عن السلوك العدواني ، فالتنشئة الاجتماعية للأطفال فيما يتعلق بالعدوان وجد أنها من بين إحدى المنبئات القوية جداً بالأعمال العدوانية مثل القتل والاعتداء أو الهجوم على شخص ، وتوضح الأمثلة التالية الممارسات المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية .

- قبيلة الكابوكو Kapauku : الموجودة بالجزء الغربي من غينيا الجديدة
New Guinea .

يبدأ صبي الكابوكو من السابعة من عمره في أن يكون تحت سيطرة الأب ، وبالتدريج ينام ويأكل مع الرجال فقط بعيداً عن أمه ، ويبدأ تدريبه لكي يكون محارباً شجاعاً وذلك عندما يشرك الأب ابنه في محاكاة القتال والمشاجرة باستخدام العصي ، وبالتدريج تصبح المشاجرات أو القتال أكثر

حدة ، ومن الممكن أن يكون قتالاً مميتاً ، وذلك عندما يقوم الأب والابن بإطلاق أسهم الحرب الحقيقية على بعضهما البعض ، كما يشاهد ويشارك مجموعات من الصبية لعبة الرماية على هدف معين ، وأيضاً يقومون بلعبة يضربون بعضهم البعض على الرؤوس باستخدام العصي (إيمبر وإيمبر Ember & Ember ، ١٩٩٤) .

- قبائل الليبشا Lepcha في جبال الهيمالايا بالهند :

أفراد هذه القبائل يكونون واضحين بشأن ما يتوقعونه من أطفالهم ، فيرون أن الأطفال الطيبين هم الأطفال الذي يساعدون في العمل ، ويقولون الصدق ، ويستمعون لتعاليم الكبار ، ويساعدون الكبار في السن (المسنين) ويكونون مسالمين ، أما الأطفال الأشرار فيتشاجرون ، ويشتمون الناس ، ويكذبون ، ويشهرون سكاكينهم بغضب عندما يوبخهم أو يؤنبهم أحد ولا يقومون بنصيبتهم في العمل (إيمبر وإيمبر Ember & Ember ، ١٩٩٤) .

وتختلف معدلات السلوك المعادي للمجتمع بدرجة كبيرة عبر الثقافات وليست بالضرورة أن لها علاقة بالمكاسب أو المزايا التكنولوجية أو الثروة المادية أو الكثافة السكانية ، فعلى سبيل المثال فإن بعض دول العالم الثالث التي تضع قيمة للتكافل تتميز بوجود معدلات عالية في السلوك الاجتماعي الجيد والذي يعمل في صالح المجتمع ، وبعض الأماكن ذات الكثافة السكانية العالية مثل سنغافورة بها معدلات منخفضة جداً في العنف ، وتعد الولايات المتحدة الأمريكية من أكبر الدول حتى الآن التي بها عنف أكبر مما هو موجود في جميع الدول الصناعية الأخرى ؛ حيث تبلغ معدلات القتل رقماً عالياً يفوق بكثير جداً المعدلات الموجودة في قارة أوربا (لياو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

إننا نعيش في ثقافة تعتبر متساهلة تجاه العنف ، إننا نعيش في سياق
يمجد فيه البلطجية الذين يقتلون ويدمرون ويشوهون البشر أو يبترون أعضاء
جسدهم ، إننا لا نعاني أو لا نقاسى من العنف العنصري ، إننا نعاني من
العنف الثقافي الذي يتمثل في قزع أو رعب الناس الذين تتم إصابتهم عن
عمد أو محاولة قتلهم أو قتلهم فعلاً بسبب انتمائهم لجماعة معينة ، وهو أمر
أو وضع يلزمنا كل يوم ، وحالات القتل داخل العائلات ، والعنف داخل
المدارس والاعتداءات على الأفراد الذين ينضمون إلى دين معين أو يتبعونه
جماعة عرقية معينة ، كل ذلك أمور تطالعنا بها عناوين الأخبار بصفة يومية
، وترتبط حالة الأقليات بالسلوك المعادي للمجتمع في الولايات المتحدة
الأمريكية مع وجود معدلات مرتفعة للسلوك المعادي للمجتمع عند الأمريكيين
من أصل أفريقي ، والأمريكيين من أصل أسباني ، والشباب الأمريكي
الأصلي ، ومع ذلك فإن دراسات العينات القومية أوضحت أنه لا توجد فروق
أو هناك فروق صغيرة جداً في السلوك المعادي للمجتمع فيما يتعلق
بالأصل أو الخلفية العرقية ، وذلك عندما يتم النظر إلى الحالة الاجتماعية
الاقتصادية ، والجنس أو النوع والعمر الزمني (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

خلاصة القول فإن السمات التركيبية لأي مجتمع تقدم خلفية أو أرضية
صالحة أو ملائمة لظهور مشكلات المسلك وذلك بأن تكون باعثاً على أو
سبباً في أن تكون ظروف المجتمع مدخلاً لتبنى معايير اجتماعية ، وحدث
علاقات اجتماعية مثمرة ، كما أن المدرسة والحي أو المنطقة السكنية ،
وتأثيرات وسائل الإعلام كل ذلك من عوامل المخاطرة المحتملة لحدوث
السلوك المعادي للمجتمع ، هذا بالإضافة إلى العوامل الثقافية مثل حالة
مجموعة الأقليات والخلفية العرقية .

١٨ - العوامل البيولوجية Biological Factors

شهدت السنوات الأخيرة زيادة كبيرة في التحيز للعوامل البيولوجية العصبية Neurobiological ودورها في نشوء الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب المسلك ، ولقد تم الاعتراف منذ فترة طويلة بأن اضطراب المسلك يحدث في الأسر أو العائلات نتيجة لتأثير الجينات المشتركة ، وكذلك نتيجة لتأثير العوامل البيئية ، ويرى ديتير - ديكارد Deater - Deckard (٢٠٠٠) أن هناك عدد من الجينات تشترك في التعبير عن أوجه سلوك معينة ، وأن هناك تركيبات مختلفة من الجينات والعوامل البيئية تؤدي إلى التعبير عن السلوك المشين أو المضطرب ، وكثير من أوجه السلوك التي يتم رؤيتها في اضطراب المسلك ترجع في الأصل إلى قصور في الفصوص الأمامية للمخ ، وتحدد الموصلات العصبية Neurotransmitters نشاط المخ فالموصلات العصبية والنشاط البيوكيميائي للمخ (كهرمونات النورأدرينالين Noradrenalin والسيروتونين Serotonin) يعكس حدوث اختلال في الكف والإثارة ، وعلى وجه العموم توحي نتائج العديد من الدراسات أن نقص أو انخفاض السيروتونين يرتبط بالعدوان وجوانب أخرى من السلوكيات المميزة لاضطراب المسلك .

و يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك أشكال لوظيفة تنفيذية Executive Function ومعرفية عصبية Neurocognitive شاذة ، ولكن هذا هو الحال أيضاً مع الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطرابات أخرى ، وهنا نجد من جديد أن العلاقة ربما تكون بين سلوكيات معينة وعمليات نفسية أو سيكولوجية عصبية معينة (سيجيون وآخرون Seguin et al. ، ١٩٩٩) :

وهناك أيضاً دليل على أن المعرفة الاجتماعية Social Cognition

لدى الأطفال الذين لديهم سلوك مشين تكون ضعيفة ، وعلى نحو خاص فإن الأولاد العدوانيين يميلون إلى فهم نوايا الآخرين على أنها نوايا عدوانية ، وبصفة عامة فإن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تكون مشاركتهم الوجدانية Empathy متدنية ، ويخطئون قراءة الدلائل الاجتماعية Social Cues أو التلميحات الاجتماعية (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن المشكلات وأوجه القصور العصبية التي تحدث مبكراً في حياة الفرد تضعه في مأزق وتعتبر بمثابة عامل مساعد بالنسبة له لحدوث مشكلات سلوكية تالية وحدث الجنوح ، وعدم التقيد أو الالتزام بالقانون ، ومن الجدير بالذكر أن أوجه القصور في الوظائف المختلفة المرتبطة باللغة مثل التعلم اللفظي ، والطلاقة اللغوية ، ونسبة الذكاء اللفظي ، أو أوجه القصور المرتبطة بالذاكرة ، والتأزر الحركي ، وتكامل الإشارات السمعية والبصرية ، والوظائف الإجرائية التنفيذية مثل التفكير المجرد ، وتكوين المفاهيم ، والتخطيط ، والتحكم في الانتباه تعد من العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ باضطراب المسلك ، كذلك فإن أي اختلال عصبي يعكس الأثر الذي تسببه المؤثرات الأخرى على سلوك الطفل كالتعرض على سبيل المثال قبل الولادة أو بعدها لمواد سامة ناتجة مثلاً عن إساءة استخدام العقاقير من جانب الأم ، والتغذية غير السليمة للأم ، والتعرض لرابع إيثيل الرصاص ... إلخ ، وتتمثل أهم الأمور التي يجب أن نضعها في الاعتبار أن اختلال الأداء الوظيفي النفس عصبي الذي يحدث في وقت مبكر من الحياة يمكن من خلاله التنبؤ باضطراب المسلك اللاحق أي الذي يحدث في مرحلتي المراهقة والرشد .

١٩- المزاج أو الطبع Temperament

يرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن المزاج يشير إلى الجوانب السائدة في

الشخصية والتي تظهر بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن ، وأساس تلك السمات يكون وراثياً ، وترتكز الفروق التي يمكن تحديدها بين الأطفال في المزاج على بعض السمات مثل : مستويات النشاط ، والاستجابات الانفعالية ، ونوعية الطباع ، والقابلية للتكيف أو التوافق الاجتماعي ، والسلاسة والصعوبة في التعامل Easy to Difficult فالأطفال الذين يتسمون بالسلاسة Easy Children يتسمون بالطبع الإيجابي ، والتوجه نحو المثيرات الجديدة ، وانخفاض مستوى الحدة في ردود أفعالهم للمثيرات الجديدة ، في حين أن الأطفال الذين يتسمون بصعوبة التعامل معهم Difficult Children يبدون أنماطاً عكسية لتلك السمات التي ذكرناها ويكون من المحتمل بالنسبة لهم أن يظهروا مشكلات سلوكية بشكل متزامن أو تتطور لديهم هذه المشكلات فيما بعد .

والارتباط بين الطبع أو الحالة المزاجية للطفل والسلوك المشين Disruptive Behavior على درجة كبيرة من الأهمية ، والأطفال ذوي الطباع الصعبة يكونون في مخاطرة من جراء حدوث مشكلات سلوكية لديهم فيما بعد ، فالطفل الصعب من الناحية المزاجية ربما تتولد لديه أساليب سلبية في تقديم الرعاية في حالة وجوده مع أب أو أم يتسم سلوكهما بالقهر ، فالمعروف أنه توجد علاقة أو ارتباط قوى بين التفاعل السلبي والعداء بين الأم والطفل وبين السلوك المضطرب أو المشين .

٢٠ - العوامل البيئية Environmental Factors

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين الأسلوب الوالدي في التربية وبين السلوك المشين أو الفوضوي ، فالأساليب التي تعتمد على السيطرة على سلوك الطفل تعد من المصادر التي تثير المشكلات بين والدي

المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع ، كما أن التساهل الزائد من جانب أحد الوالدين أو كليهما ، وعدم اتساق الأسلوب الوالدي في التنشئة من جانب أحد الوالدين أو كليهما يرتبط بجناح الأبناء أو يعد مسئولاً عن حدوث اضطراب المسلك فعلى سبيل المثال نجد أن التساهل من جانب الأم والقسوة من جانب الأب من العوامل المسئولة عن حدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، بينما يقل احتمال حدوث ذلك بين الأبناء عندما يكون هناك اتساق في الأسلوب الوالدي في التنشئة ، وهذا يدعم الافتراض الرئيسي الذي يقضى بأن الأسلوب الوالدي الرديء يسبب السلوك المشين أو المضطرب .

ونظراً لأن العلاقة بين الوالدين والطفل تعد علاقة دينامية وتفاعلية ، فإن الحالة المرضية النفسية للوالدين ، ونظام التأديب اللفظي أو القاسي والمتضارب ودرجة اشتراك الوالدين والإساءة للطفل كل ذلك له علاقة بالسلوك المضطرب أو المشين لدى الأبناء (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ودور الأسلوب أو التربية الوالدية يعتبر هام أيضاً على ضوء الفرص التي تقدمها للتدخلات العلاجية ، فاضطراب المسلك يرتبط بالحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، وتفكك الأسرة ، وتوافر المخدرات ، والمعدلات العالية للجريمة ، وهذا يوحي بأن التدخل لتوفير الدعم أو المساعدة الاجتماعية الاقتصادية للأسر والمجتمعات يكون أمراً هاماً .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن نوعية العلاقات الأسرية أيضاً تعد هي الأخرى من العوامل المساعدة لحدوث اضطراب المسلك ، فوالدو المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع قياساً بوالدي أقرانهم العاديين يعدون أقل تقبلاً لأطفالهم ، ويبدون لهم قدراً أقل من الدفء الوالدي ، والعاطفة ، والمساندة الانفعالية ، وقدراً أقل من التعلق وهذه

العوامل مجتمعه تعد مسئولة إلى حد كبير عن حدوث اضطراب المسلك .

كما أن علاقات الأقران أو الرفاق تعتبر هامة أيضاً في نشوء واستمرار اضطراب المسلك ، فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتم نبذهم باستمرار من جانب أقرانهم وهذا بدوره يرتبط بالاستجابة العدوانية ، كما أن الأطفال الذين لديهم السلوك المضطرب أو المشين يكونون أكثر احتمالاً في أن يختلطوا بأطفال آخرين لديهم مشكلات سلوكية مشينة أو مضطربة ، ومثل هذه الارتباطات ربما تزيد من الميل الموجودة من قبل أو تساعد على الاستمرار في السلوك ، وبالنسبة للبنات هناك مخاطرة متزايدة من جراء اختيارهن لشريك معادى للمجتمع مع مخاطرة الجمل أثناء المراهقة وغيرها من النتائج المترتبة على ذلك (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

٢١ - نقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية :

تكون علاقات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك بصفة عامة رديئة مع أقرانهم ، وهذا أمر لا يدهشنا نظراً للطبيعة غير الاجتماعية التي يتسم بها سلوكهم ، كما يتميز سلوكهم أيضاً بالسلبية لأنه ينقصهم وجود المهارات الاجتماعية الملائمة التي تساعدهم على التوافق مع الآخرين ، ويشمل نقص المهارات الاجتماعية لديهم جوانب عديدة تتمثل في صعوبة الانتباه ، وصعوبة الإدراك ، وبدلاً من ذلك نجدهم يستجيبون بسرعة للمواقف العصبية دون اعتبار للمفاهيم أو التلميحات الاجتماعية المتاحة ، ويبدو أيضاً أنهم لا يستوعبون التلميحات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين ، وبسبب ذلك فإنهم يصفون مشاعر الآخرين بطريقة غير دقيقة ، وينسبون النوايا العدوانية لهم ، ولا سيما عندما يكون الموقف غامضاً ، وهناك مشكلة أو صعوبة أخرى مرتبطة باضطراب المسلك وهي نقص المهارات الملائمة لحل المشكلات فبدلاً من استخدام الاستراتيجيات الملائمة

من الناحية الاجتماعية لحل المشكلات فإن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتفاعلون عادة مع المصاعب أو المشكلات باستجابات واتجاهات عدوانية وغير ذلك من الانتهاكات لمبادئ السلوك الاجتماعي ، على سبيل المثال فإنهم يستخدمون الرشوة لتحقيق هدف أو الوصول إلى هدف معين .

ويحصل الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك على تعزيز إيجابي بسيط إما من مدرسيهم أو من أقرانهم في المدرسة وذلك لأنه بالإضافة إلى وجود المهارات الاجتماعية غير الكافية فإن أدائهم المدرسي يكون أقل من المتوقع وعلى وجه الخصوص فالصعوبات التي تواجههم أثناء القراءة (صعوبة القراءة) تتدخل إلى حد كبير في الأداء الدراسي وبعض هذه المشكلات الدراسية يرتبط بمشكلات أخرى في الأداء الوظيفي في المخ أو الجهاز العصبي (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

الفصل الخامس

التدخل العلاجي

مقدمة :

يتضح مما سبق أن هناك عوامل عديدة تؤدي إلى نشوء واستمرار اضطراب المسلك ، وهذا يوحى بأن التدخل العلاجي يجب أن يكون متعدد المراحل ، فهناك سلسلة من التدخلات العلاجية يتم وضعها وتتضمن العلاج الدوائي Pharmacotherapy والعلاج النفسي Psychotherapy ، والعلاجات التي تتم في المستشفيات Hospital Based Treatments ، والبرامج العلاجية الأسرية والمدرسية والمجتمعية School, Home, and Community Based Programs (كازدين Kazdin ، ٢٠٠١) ، وهناك مجموعة أخرى من برامج التدخل العلاجي مذكورة في مجموعة المؤلفات ولكن غالبية هذه البرامج لم يتم خضوعها لتقييم دقيق شامل ، وتتميز أو تتصف مجموعة المؤلفات الخاصة بالتدخل العلاجي بعدد من أوجه القصور فأحدى المشكلات الرئيسية تتعلق باختيار العينة وكيفية القياس ، وتكون الأعراض المرضية للطفل الهدف الرئيسي إلا أن هناك عوامل أخرى تكون هامة مثل العلاقات بالأقران ، والتحصيل الدراسي ، والمشكلات التي تدل على وجود حالات مرضية مشتركة أو مصاحبة ، والعوامل الأسرية ، والأداء الوظيفي للوالدين والأخوة معاً مع تقييم عام لنواحي الضعف ، وهكذا فإن هناك سلسلة واسعة من العوامل أو المتغيرات تكون ضرورية لتعريف أو تحديد مدى المصاعب التي تواجه الطفل والأسرة ، وهذا بدوره يقيس تأثير التدخل العلاجي ، وقد تكون التدخلات العلاجية فعالة على المدى القصير في خفض حدة الأعراض المرضية ، ومع وجود أوجه القصور السابقة ، تم تحديد عدد من الأساليب العلاجية التي تأتي بنتائج طيبة عند استخدامها في علاج اضطراب المسلك ومن ثم تعد هذه الأساليب واعدة وفعالة في علاج الاضطراب .

ويتسم الشباب ذوى اضطراب المسلك بشخصية غير اجتماعية ومضادة للمجتمع ، ولذا يجب إيجاد الطرق الفعالة لعلاجهم وصرفهم عن ارتكاب الأعمال العنيفة والمعادية للمجتمع ، ومعظم هؤلاء الشباب المتحجر أو القاسي الفؤاد يتخرط في عالم الجريمة ، وقد يحبس في السجون بسين الحين والآخر ، وقد يرتدون إلى ممارسة العنف والإجرام بعد خروجهم من السجن أو الإصلاحية ، ومن أهم المشكلات التي يواجهها المجتمع اليوم هي كيفية التعامل مع هذه الفئة المنحلة أخلاقياً والمعدومة الضمير .

وكثير من أشكال العلاج يتم تجربتها خلال حياة الأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات حادة في المسلك ، وعادة يبدأ العلاج خلال سنوات ما قبل دخول المدرسة ، أو كما هو معتاد غالباً عندما تكون الحالة حادة أو شديدة ، وتفيد الاتصالات المستمرة مع الجهات أو المؤسسات التعليمية ، ومؤسسات الصحة النفسية ، ومؤسسات وزارة العدل في تحويل الأطفال إلى مراكز العلاج المتعددة ، وأكثر العلاجات الواعدة أو الناجحة تستخدم تركيبة من الطرائق التي يتم تطبيقها عبر المواقع الفردية والأسرية والمدرسية والمجتمعية ، وبالإضافة إلى ذلك يحتاج العلاج غالباً تناول المشكلات الأسرية التي لها علاقة بموضوع الاضطراب كالاكتئاب عند الأمهات ، والتنافر بين الزوجين ، والإساءة ، وغير ذلك من المنغصات ، وذلك إذا أردنا أن نعم ونستمر في فوائد العلاج .

وعلاج اضطراب المسلك كان هدفاً لعدد كبير من الدراسات التي تناولت العلاج الفعال لهذا الاضطراب فعلى سبيل المثال ، فالمراجعة الحديثة للدراسات المنشورة التي تناولت العلاج والنتيجة ، والتي تركز فقط على العلاجات النفسية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية قامت بتوثيق ما يقرب من مائتي دراسة تتضمن أو تشمل ما يزيد على

١٠٢٩٥ طفلاً (ماثيوس وآخرون Matthys et al. ، ٢٠٠٤) ، ومدى هذه المجموعة من المؤلفات يفوق بكثير البحوث المنشورة عن علاج معظم اضطرابات الطفولة الأخرى ، ولسوء الحظ من الممكن أن نستنتج من الجهد أو المحاولات المكثفة أن الغالبية العظمى من طرائق العلاج قد ثبت أنها غير فعالة بدرجة كبيرة ، ومن الأشياء الهامة بدرجة أكبر الدليل على أن بعض أنواع التدخل العلاجي ولاسيما الأنواع التي تتضمن التفاعلات بين مجموعة الأقران يمكن أن يكون لها تأثيراً أو نتائج وخيمة على الأطفال الذين يتم علاجهم ، فهي في الواقع تزيد من حدة أو شدة السلوك المعادي للمجتمع ، بالإضافة إلى المخاطرة بالنسبة للنتائج الحياتية السلبية كراشدين أو كبار ؛ ولهذا فإن العلاجات التي لا علم لنا بها أو التي لا يوصى بها يمكن أن تؤدي إلى مزيد من الضرر وليس بالأحرى أنها تؤدي إلى المزيد من الخير .

ويفهم معظم الناس أن الإساءة ، والخلل الأسري ، والطررد من المدرسة ، والارتباط بالأقران الذين يتعاطون المخدرات ، والعيش في مناطق تزداد فيها الجريمة ، والإشراف الوالدي الضئيل كل ذلك يساهم في وجود مشكلات خطيرة في المسلك ، ومع ذلك فرغم هذا الاعتراف فإن هناك الكثير من العلاجات المتوفرة مثل العلاج الفردي ، والعلاج الجماعي ، ورغم نقص الفاعلية في علاج السلوكيات الخطيرة المضادة للمجتمع تتوافر برامج للإرشاد الفردي والعلاج الأسري ، ومما يجب الإشارة إليه أن العلاجات الجماعية التي تجمع المراهقين المعادين للمجتمع معاً قد تزيد الأمور سوءاً وتعمل على تفاقم المشكلة لأن الارتباط بالأفراد الذين تجمعهم نفس الميول والرغبات تشجع غالباً على ارتكاب السلوكيات المعادية للمجتمع .

كما أن الطرق التقييدية مثل العلاج بالإقامة بمستشفيات الطب النفسي أو الحبس أو السجن كل ذلك أظهر أيضاً فعالية بسيطة ، وكان له مساوئ إضافية ، كوناً عن أنه مكلف بدرجة كبيرة جداً ، إلى جانب أن الحبس أو

السجن قد لا يكون بمثابة حماية للمجتمع وذلك لأن الشباب المحكوم عليهم بالحبس أو المحبوسين عندما يخرجون من السجن يرتكبون المزيد من الأعمال الإجرامية (هارادا وآخرون Harada et al. ، ٢٠٠٢ ب) .

وحيث إن مشكلات المسلك عند الأطفال توضح متوالية إنمائية ، وتنوع وتتعقد بمرور الوقت ؛ لذلك يجب أن يكون المعالج على دراية بموضوع أو مكان الطفل في هذا المسار ، فتختلف طرق العلاج وأهدافه بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، والأطفال في سن دخول المدرسة ، والمراهقين ، وتختلف أيضاً طبقاً لنوع وحدة المشكلات السلوكية عند الطفل ، وبصفة عامة فكلما زاد توغل الطفل في السلوكيات المعادية للمجتمع ، كلما كان هناك حاجة أكبر لتدخلات علاجية مكثفة ، ولسوء الحظ فإن الأطفال الذين يكون سير الاضطراب لديهم سيئاً ويتم علاجهم بطريقة مثلى على أنها حالة مزمنة تشبه مرض السكري تماماً والتي لا يمكن الشفاء منها ولكن يمكن السيطرة عليها أو احتوائها من خلال التدخل العلاجي المستمر ، ومن خلال المساندة (كازدين Kazdin ، ١٩٩٥) .

ويقدم فريك Frick (٢٠٠٠) طريقة شاملة ذات شقين لعلاج مشكلات المسلك تتضمن ما يلي :

- تدخلات علاجية مستمرة لمساعدة الشباب الأكبر سناً وأسرههم على التصرف حيال المشكلات الاجتماعية والنفسية والدراسية المصاحبة لاضطراب المسلك .
- برامج للوقاية والعلاج المبكر للأطفال الذين يظهرون المشكلات السلوكية .

ويرى كازدين Kazdin (١٩٩٧ أ) أن علاجات اضطراب المسلك

تكون فعالة جداً مع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٣ عاماً؛ حيث إن أنماط السلوك الفوضوي أو المشين تصبح أكثر ثباتاً أو استقراراً بمرور العمر ، ونظراً للدور الذي تقوم به العوامل الأسرية في حدوث هذا الاضطراب ، يستخدم المعالجون غالباً التدخلات الأسرية ، وأكثر هذه الطرق نجاحاً هي :

١- الطرق التي يتم فيها تعليم الوالدين حيلاً أكثر فعالية للتعامل مع أطفالهم على سبيل المثال إثابة السلوك الملائم بطريقة متسقة .

٢- أن يلتقي الأطفال والوالدين معاً في علاج أسرى موجه للسلوك المضطرب أو المراد تعديله .

واهتمام المؤسسات للعناية بهؤلاء الأطفال فيما يسمى مراكز تدريب الأحداث Juvenile Training Centers لم يقابل بنجاح كبير (تات وآخرون Tate et al. ، ١٩٩٥) وفي الحقيقة فإن مثل هذه المؤسسات يعمل غالباً على تقوية ثقافة الانحراف بدلاً من إصلاح هؤلاء المجرمين الصغار ، فعلى الرغم من أن معدل مرات القبض المتكرر على المراهقين الذين يتم إرسالهم إلى مراكز تدريب الأحداث يختلف حسب نوع الجريمة ، ونوع العلاج فإن المعدل العام تم تقديره على أنه معدل مرتفع يصل إلى ٨٠% ، وتعتبر المراقبة المباشرة بديلاً لاستخدام المؤسسات وثبت أنها ناجحة إلى حد كبير في حالات التورط في الجرائم ذات الطبيعة الأقل جسامة أو خطورة ، وخاصة عندما يكون ضبط المراقبة يقومون بعملية الإشراف الكافي ، وعندما يكون العلاج المستمر متوافراً للفرد ، ولسوء الحظ فإن معظم ضباط المراقبة لم يتدربوا أو يتلقوا تدريباً في الصحة النفسية (إريكسون Erickson ، ١٩٩٢) .

ويرى هاوكينز وآخرون Hawkins et al. (١٩٩٢) أن مشروع

سياتل للنمو الاجتماعي The Seattle Social Development Project وهو عبارة عن دراسة عامة للوقاية ذات نطاق واسع ، وتتضمن مجموعتين للتدخل العلاجي ، التدخل العلاجي خلال ست سنوات تبدأ من الصف الأول حتى الصف السادس (تدخل علاجي كامل) ، والمجموعة الثانية تدخل علاجي مستقل (تدخل علاجي متأخر) في الصفين الخامس والسادس ، وكان هناك مجموعة ضابطة (لا يقدم تدخل علاجي لها) ، وكان التدخل العلاجي متعدد الأساليب وتضمن تدريب المعلمين على إدارة الفصل ، وتنشيط السلوك المراعى للمجتمع ، وتدريب الوالدين على ضبط سلوك الطفل ، وتمت متابعة الأطفال بعد العلاج لمدة ست سنوات ، وأوضحت النتائج أن أفراد المجموعة الأولى (مجموعة التدخل العلاجي الكامل) كانت أقل عنفاً وأقل انحرافاً من المجموعة الضابطة ، والنتائج بالنسبة للمجموعة الثانية (مجموعة التدخل العلاجي المتأخر) كانت متوسطة .

أما الوقاية والتدخل العلاجي مع المراهقين الذين لديهم السلوك المشين أو المضطرب فهما من الأمور الصعبة تماماً ؛ حيث يصعب اشتراكهم في العلاج لأن الكثيرين منهم ترسخت لديه أنماط ثابتة من السلوك المشين الذي بدأ في مرحلة مبكرة من الحياة ، ومن الأمور الغريبة أن التدخل العلاجي الذي استهدف المراهقين الذكور لم يأت بنتائج جيدة أو مثمرة ، بينما أتى بنتائج مثمرة إلى حد كبير مع المراهقات .

الطرق العلاجية المستخدمة :

فيما يلي إلقاء الضوء على الطرق العلاجية التي أتت بثمار طيبة في علاج المشكلات السلوكية وذلك بشئ من التفصيل :

أولاً : تدريب الوالد على إدارة الأسرة :

يشير تدريب الوالد على إدارة الأسرة Parent Management

(PMT) Training إلى تلك الإجراءات التي يتدرب عليها الوالدان حتى يتمكنوا من تعديل سلوك الطفل في المنزل ، ويقوم المدرب أو المعالج بتعليم الوالدين استخدام إجراءات معينة حتى يقوموا بتغيير تفاعلاتهما مع طفلهما مع تعزيز أو تدعيم السلوك الاجتماعي المرغوب ومن ثم يقللان من سلوكه المضطرب ، ويرى باترسون وآخرون Patterson et al. (١٩٩٢) أن تدريب الوالد على إدارة المنزل يعتمد على فكرة مؤداها أن السلوك المضطرب يتطور ويعزز في المنزل بشكل غير متعمد وذلك من خلال التفاعلات اللاتوافقية بين الوالدين والطفل مثل التعزيز المباشر للسلوك المنحرف ، والعقاب القاسي ، وإهمال السلوك السوي والجيد ، ويؤكد ذلك بارتون Barton (٢٠٠٣) حيث يرى أن السلوك المشين للطفل يتم الاستمرار فيه عن طريق التفاعل السيء بين الوالدين والطفل ، ولا يفهم من ذلك أن الوالدين يُسببون المشكلات السلوكية لأطفالهم ، بل بالأحرى هناك تفاعل بين سلوكيات وسمات الوالدين والطفل ، ويؤدي هذا التفاعل إلى التعبير عن السلوك المضطرب أو المشين .

ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى زيادة أو تحسين السلوك الإيجابي المراعى للمجتمع ، وتقليل السلوك غير الملائم والمعادى للمجتمع ، كما يهدف هذا الأسلوب العلاجي أيضاً إلى تغيير نمط التفاعل بين الوالدين وطفلها حتى يتسنى تعزيز السلوك الاجتماعي للطفل وتدعيمه داخل الأسرة ، وهذا يتطلب تطوير سلوكيات الوالدين كوضع قواعد سلوكية للطفل ، وإتباع أشكال معتدلة من العقاب لقمع السلوكيات غير الملائمة إلى غير ذلك من الإجراءات ، ويفترض هذا الأسلوب أن التفاعلات غير السوية بين الوالدين والطفل تعتبر مسئولة جزئياً عن إحداث واستمرار أوجه السلوك المعادية للمجتمع ، ويؤدي تفاعل الوالدين مع طفلهم إلى تحسين سلوك

الطفل ، فتدريب الوالدين على حسن التصرف وتغيير أسلوبهم مع أطفالهم يعلم الأطفال أن يغيروا سلوكهم في البيت (برينكمير وآيبرج Brinkmeyer & Eyberg ، ٢٠٠٣ ؛ ويبستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) وعلى الرغم من أن التغييرات القسرية يتم رؤيتها على أنها النتيجة المشتركة لسلوك الوالدين والطفل إلا أنه من السهل تغيير هذه السلوكيات وتعديلها عن طريق تغيير سلوك الوالدين ، ويهدف تدريب الوالدين إلى حسن التصرف مع أطفالهم إلى تعليم الوالدين مهارات نوعية جديدة ويشتمل هذا التدريب على تدريبات فردية وتدريبات جماعية في العيادة مقابل تدريبات في البيت أو استخدام مواد تدريبية حية أو مباشرة مقابل مواد تدريبية مصورة على شرائط فيديو وكلها تشترك في العديد من المعالم (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٤) ، ويُعد تدريب الوالدين على إدارة الأسرة إحدى الطرق الواعدة بدرجة كبيرة في علاج اضطراب المسالك ، ولقد عمل جيرالد وآخرون Gerald et al. لثلاثة عقود تقريباً في تطوير واختبار برنامج سلوكي لتدريب الوالدين يتم فيه تعليم الوالدين تعديل استجاباتهم أو تجاربهم وتفاعلهم مع أطفالهم حتى تتم إثابة السلوك المرغوب فيه الذي يعمل في صالح المجتمع بدلاً من السلوك غير المرغوب فيه والذي يكون معادياً للمجتمع ، ويتم أيضاً تعليم الوالدين مبادئ التعلم الاجتماعي ، وذلك عن طريق القراءة والدروس التوضيحية التي تعلم الوالدين استخدام أساليب فنية كالتعزيز الإيجابي عندما يعرض أو يظهر الطفل سلوكيات موجبة ، أو استخدام الحرمان أو الإبعاد المؤقت * Time - Out وفقدان

* أسلوب علاجي يتم من خلاله إبعاد الطفل بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك غير ملائم ، وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح من دقيقتين إلى عشر دقائق حسب عمر الطفل ، ويترك الطفل بمفرده خلال تلك الفترة دون اهتمام من أحد ، ويجب أن يكون المكان الذي يعزل فيه الطفل خالياً من أي شيء يتعامل معه الطفل حتى لا تصبح هذه الأشياء محزناً لتكرار السلوك غير المرغوب .

المزايا بسبب السلوك العدواني والمعادى للمجتمع ، كما تضمنت الجلسات أيضاً ممارسة الأساليب الفنية أو التكنيكات المستخدمة ، ومناقشة المصاعب التي يواجهها أهل عند تطبيقهم طرق التعامل مع الطفل ذو السلوك المعادى للمجتمع ، وتدريب الوالدين يحسن من سلوك الأخوة ويقلل من الاكتئاب عند الأمهات المشتركات في البرنامج .

وعلى الرغم من أن التدخل العلاجي الذي يركز على الوالدين هو العلاج الأمثل للأطفال ذوي اضطراب المسلك إلا أنه في بعض المواقف يكون التدخل المباشر مع الفرد المضطرب أكثر ملائمة ، فتدريب الوالدين أو أحدهما يتطلب الكثير من الوقت والجهد وقد يكون من الصعب تنفيذه في الأسر التي لديها مشكلات اجتماعية متعددة ، وفي حقيقة الأمر فقد أوضحت البحوث أن التدريب الذي يركز على الوالدين يكون أقل تأثيراً بكثير في الأسر التي حالتها الاجتماعية الاقتصادية متدنية أو بها خلافات زوجية ، أو عندما يكون هناك حالة مرضية نفسية يعاني منها أحد الوالدين أو كلاهما .

ولقد تم وصف سلسلة واسعة من برامج تدريب الوالدين تحتوي على العديد من التركيبات أو الطرائق الفنية بما في ذلك طريقة عمل نماذج باستخدام الفيديو ، والممارسة أثناء الجلسة ، والواجب المنزلي ، والكتيبات الإرشادية ، ويتم تدريب الوالدين على أن يلاحظوا ويفسروا سلوك الطفل ، وأن يمارسوا أساليب ضبط السلوك في البيت ، وبعد ذلك يتم مراجعة هذه الأساليب مع المعالج ويتم تعديلها نتيجة لذلك ، وتختلف مدة التدخل العلاجي ولا يوجد دليل على تأثير طول فترة التدريب على النتيجة ، ويمكن إجراء هذا البرنامج العلاجي بطريقة فردية أو جماعية وفي العيادات أو في أماكن أخرى بالمجتمع فكل الأماكن تصلح لإجراء مثل هذا النوع من التدريب أو العلاج .

ويعد هذا الأسلوب العلاجي من أكثر العلاجات التي نالت قسطاً كبيراً من البحث والدراسة في علاج الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية مثل اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي .

ويركز برنامج تدريب الوالد على إدارة الأسرة (أو على حسن التصرف) على ما يلي :

١- تحسين نوعية التفاعل بين الوالدين والطفل (على سبيل المثال جعل الوالدين أكثر اشتراكاً في أنشطة أطفالهم وتحسين الاتصالات بين الوالدين والطفل ، وزيادة الدفء والاستجابة من جانب الوالدين .

٢- تغيير السلوك أو تعديل السلوك ؛ حيث يتم تدريب الأطفال على عرض أو إظهار السلوكيات الاجتماعية الموجبة إلى جانب إتباع القواعد والتوقعات الواضحة والصريحة .

٣- تحسين قدرة الوالدين على المراقبة والإشراف على أطفالهم .

٤- تعليم الوالدين المزيد من استراتيجيات التأديب الفعالة على سبيل المثال التأديب الأكثر توافقاً أو اتساقاً ، والطرق المتعددة للتأديب أو التهذيب .

وأوجه العجز في هذه الجوانب النوعية للأسلوب الوالدي ارتبطت بدرجة متسقة تماماً بوجود اضطراب المسلك عند الطفل ، وذلك في مجموعة كبيرة من البحوث التي اعتمدت على التدخلات العلاجية المستخدمة في علاج الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .

وتم تطوير الكثير من الكتيبات الإرشادية التي تتضمن كيفية تنفيذ برنامج تدريب الوالدين على حسن التصرف لكي تكون مفيدة بدرجة كبيرة لمجموعات عمرية متعددة على سبيل المثال الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، والأطفال في سن دخول المدرسة ، والمراهقون ، والأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة ، وكذلك الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٤) .

وأجريت بحوث مكثفة لمعرفة تأثير الأسلوب العلاجي على السلوك المضطرب وأسفرت نتائجها جميعاً على أن هذا الأسلوب يسفر عن تحسينات في سلوك الطفل في البيت وفي المدرسة ، ويقلل من السلوكيات التي يتسم بها اضطراب المسلك ، ويذكر أن نتائج العلاج استمرت مع وجود تحسينات غير مباشرة في نواحي أخرى مثل سلوك الأخوة ، والحالة المرضية النفسية للأم ، والرضا الزوجي ، والترابط الأسري (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أنه لا يوجد أي أسلوب علاجي أو أي فنية أخرى من تلك الفنيات التي يتم من خلالها علاج الاضطرابات السلوكية نالت هذا القسط من الدراسة مثل تدريب الوالد على إدارة الأسرة ، وأوضحت نتائج الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي أنه يعد واحداً من أكثر الأساليب العلاجية المبشرة أو الواعدة والفعالة إلا أنه مع ذلك توجد بعض أوجه القصور التي تتعلق بهذا الأسلوب العلاجي منها ما يلي :

- أن بعض الأسر قد لا تستجيب للعلاج ؛ حيث يفرض هذا الأسلوب العلاجي العديد من المطالب على الوالدين مثل فهم وإجادة استخدام الوسائل التعليمية أو المساعدة التي تنقل الأسس والدعائم الرئيسية للبرنامج ، والملاحظة المنظمة للسلوك المضطرب الذي يصدر عن الطفل، وتطبيق إجراءات معينة في المنزل ، وحضور جلسات أسبوعية ، والرد على التليفونات المتكررة من المعالج ، وتعد هذه المطالب بالنسبة لبعض الأسر كثيرة جداً ومزعجة مما لا يمكنهم من الاستمرار في العلاج .

- أن هذا الأسلوب العلاجي تم تطبيقه في الأساس على آباء الأطفال الأصغر

سناً وآباء الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (مرحلة ما قبل المراهقة) ونادراً ما تم استخدامه مع آباء المراهقين ، وعلى الرغم من فاعلية هذا الأسلوب العلاجي مع المراهقين فإن نتائجه تعد أكثر فاعلية مع الأطفال الأصغر سناً ، وربما يرجع ذلك إلى أن آباء المراهقين يكونوا أقل قابلية لتغيير أساليب معاملتهم الوالدية مع أبنائهم المراهقين ، وتزداد قابليتهم أو معدلات تسربهم من حضور جلسات العلاج .

- ويعرض كازدين Kazdin (١٩٩٥) أهم المعالم الهامة لتدريب الوالدين على حسن التصرف مع أطفالهم والتي تتمثل في :
- هناك تدخل ضئيل أو لا يوجد أي تدخل مباشر للمعالج من الطفل .
 - يتعلم الوالدان الإجراءات المتعلقة بتغيير التفاعلات بين الوالدين والطفل والارتقاء بالسلوك الإيجابي للطفل وتقليل السلوك المعادي للمجتمع .
 - يتعلم الوالدان طرقاً جديدة لكي يحددوا ويعرفوا ويلاحظوا سلوكيات طفلهم المسببة للمشكلات .
 - تشمل جلسات العلاج الاستخدام المؤثر أو الفعال للأوامر أو الطلبات ، وتحديد القواعد ، واستخدام أسلوب المدح والمكافآت الملموسة أو الرمزية لإثابة السلوك المرغوب فيه ، واستخدام عقاب معتدل مثل الحرمان من تعزيز أو فقدان المزايا . .
 - تسمح الجلسات للوالدين أن يروا كيف يتم تنفيذ التكنيكات أو الأساليب الفنية الجديدة ، وأن يمارسوا استخدامها وأن يستعرضوا التقدم الذي يحدث في البيت .
 - يتم استخدام مهام الواجب المنزلي في تعميم المهارات التي تم تعلمها في العلاج لنقلها إلى البيت .

- التقدم في العلاج يتم مراقبته بعناية شديدة ، ويتم عمل مواعمة مستمرة عند الضرورة .

ولتدريب الوالدين على حسن التصرف مع أطفالهم عدداً من أوجه أو جوانب القوة وبعض جوانب أوجه الضعف أو القصور فكثير من مواد التدريب تم تطويرها وساعد ذلك على تسهيل الاستخدام الواسع الانتشار ، بالإضافة إلى ذلك تم تقييم تدريب الوالدين على حسن التصرف أكثر من أي علاج آخر يستخدم لعلاج مشكلات المسلك ، وهذه التقييمات بينت بدرجة متكررة الفعالية القصيرة الأمد ، وإحداث تغيير في سلوك كل من الطفل والوالدين ، فالطفل الذي اشترك والديه في التدريب أظهر مواعمة وتوافق أفضل بعد العلاج بدرجة أكبر من ٨٠% من الطفل الذي لم يشترك والديه في التدريب (سيركتش ودوماس Serketich & Dumas ، ١٩٩٦) .

وعلاوة على ذلك فإن تدريب الوالدين ارتبط أيضاً بوجود انخفاض واضح في الضغوط النفسية والاكتئاب عند الوالدين ، ولقد كان تدريب الوالدين فعالاً مع أهل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٢ سنة ، ولم يكن فعالاً تماماً بنفس الدرجة مع أهل المراهقين (ديشيون وباترسون Dishion & Patterson ، ١٩٩٢) وعلى الرغم من أن تدريب الوالدين أحدث مكاسب أو فوائد قصيرة الأجل ، فإن فاعليته على المدى الطويل كانت أقل وضوحاً ، وبالإضافة إلى ذلك فإن تدريب الوالدين يفرض عليهم الكثير من الأمور لكي يتقنوا وينفذوا الإجراءات في البيت ، ويحضرون الاجتماعات ، ويستمررون في إجراء المكالمات التليفونية مع المعالج ، وبالنسبة للأسر التي تعاني من الضغوط العصبية والتي لديها موارد قليلة فإن هذه الأمور أو المتطلبات تشكل عبئاً كبيراً لدرجة تعوق الاستمرار في العلاج (كازدين Kazdin ، ١٩٩٧ ب ؛ كيوننجهام وآخرون Cunningham et al. ، ٢٠٠٠) .

وتطبيق برنامج تدريب الوالدين نادراً ما يكون سهلاً ، فقد يعتقد الوالدان أن المصاعب تحدث لأن طفلهم عنيد ، وزواجهم شيء ، أو أن العاملين في المدارس غير عادلين ، وفي الحقيقة فإن الأطفال الذين لديهم مشكلات في المسلك يعتقدون بين الحين والآخر أنه يتبع معهم ممارسات والدية جيدة في التربية ، ومن المهم تناول هذه المعتقدات الوالدية ، كما أنه من المهم أيضاً تناول مخاوفهم واهتماماتهم حتى يكون العلاج ناجحاً ، وبالإضافة إلى ذلك أصبح تدريب الوالدين يعترف بدرجة كبيرة جداً بأهمية المساندة الاجتماعية ، والزوجية ، وأسلوب العلاج ، وطريقة الاشتراك فيه (ماك ماهون وويلز McMahon & Wells ، ١٩٩٨ ؛ مورسي - كاني وبرينز Morrisey- Kane & Prinz ، ١٩٩٩) .

ويمكن للوالدين أن يكونوا قوى مؤثرة لتغيير السلوك ، ولكنهم يحتاجون إلى المساعدة ، ويُعد تدريب الوالدين فعالاً في منع تطوير مشكلات اضطراب العناد والتحدي ليصبح اضطراباً أكثر خطورة ويتحول إلى اضطراب المسلك أو اضطرابات أخرى تتعلق بالسلوك العدواني والسلوك المعادي للمجتمع ، وإحدى المزايا الكبرى لبرامج تدريب الوالدين أنها تساعد الوالدين على أن يعملوا كمعالجين في البيئة المحيطة للطفل ومع ذلك فإن الصعوبة التي تعترض هذا النوع من البرامج هي العديد من المشكلات التي تتواجد في الأسر التي بها طفل معرض للمخاطرة من جراء اضطراب المسلك ، ويوضح الجدول التالي المكونات التي أثبتت أنها مفيدة ومن ثم يجب التركيز عليها في علاج الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك .

جدول (٤)

يوضح الجوانب المرغوب التركيز عليها أثناء علاج اضطراب المسلك

م	الجوانب المرغوب التركيز عليها في برامج علاج اضطراب المسلك
١	المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال .
٢	التحكم في الغضب .
٣	تحديد الأهداف والمراقبة الذاتية .
٤	تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل .
٥	جلسات للتقوية لمنع حدوث الانتكاسات .
٦	التعاون مع المدارس إذا دعي الأمر إلى ذلك (عند الحاجة) .

وفي البرامج الفعالة لعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك فإن العامل المشترك يكمن في وجود مساندة اجتماعية ملائمة ، فالمساندة الاجتماعية تعد واحدة من المبادئ الأساسية لمنع أو الوقاية من اضطراب المسلك في البداية ، ومنع هذا الاضطراب من التطور ليصبح اضطراب أكثر خطورة في مرحلة الرشد ، وعلى الرغم من أن اضطراب المسلك يعد جزءاً من سلسلة تؤدي إلى ارتباط مجموعة الأفراد المنحرفين في المراهقة المتوسطة ، ويتبعها أو يليها اضطراب أكثر خطورة وهو السلوك المعادي للمجتمع عند دخول هؤلاء الأطفال في مرحلة الرشد .

والأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك يفشلون في إقامة علاقات مؤيدة أو مساندة ، وذلك بسبب سلوكياتهم السلبية ، ونقص المهارات البينشخصية لديهم وارتباطهم المتكرر بالأقران المنحرفين .

ويمكن استخدام هذا البرنامج العلاجي مع الوالدين فقط أو مع الوالدين

والطفل معاً ، يضاف إلى ذلك أن هذا الأسلوب العلاجي يتوفر إلى جانب الكتيبات الإرشادية في شرائط فيديو موضح بها كيفية الاستخدام ، وكذلك يمكن تعديل طريقة التنفيذ بحيث تتماشى مع احتياجات الأسرة ، ويمكن تنفيذ هذا البرامج في أماكن متنوعة (ويبستر - ستراتون وهانكوك - Webster Stratton & Hancock ، ١٩٩٧) .

وتتمثل التحديات أو أوجه قصور هذا البرنامج أو الطرق المستخدمة في العلاج في الأعداد الكبيرة للوالدين الذين لا يستكملون البرامج المخصصة لهم ، وقلة الفاعلية بالنسبة للأسر المختلة ، ولزيادة فاعلية هذه التدخلات العلاجية فمن المهم أن يتم التركيز على الطرق التي من شأنها أن تساعد على اشتراك الأسر في التدخل العلاجي مع الوضع في الاعتبار السياق الأوسع للأسرة ، وربما يشمل هذا السياق العوامل التي يمكن أن تمنع الوالدين من استخدام الأساليب أو التكنيكات التي تعلموها في برامج تدريب الوالدين على إدارة الأسرة مثل الاكتئاب عند الوالدين ، أو استخدام الوالدين للمادة ، والمعدلات العالية للصراع أو النزاع بين الزوجين ، أو نقص المساندة الاجتماعية للوالدين (ميللر وبرنز Miller & Prinz ، ١٩٩٠) .

ولزيادة تحسين الاشتراك من جانب الوالدين في هذه البرامج ، وتحديد كيفية تجسيد القضايا أو الموضوعات المتعلقة بالوالدين في السياق الأسري الأوسع يتم استخدام طريقة أطلق عليها العلاج الأسري الوظيفي Functional Family Therapy ولقد أوضحت نتائج الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب أو الطريقة فاعليته في علاج الأطفال الأكبر سناً والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك وذلك في الأسر المضطربة بدرجة شديدة والتي من خلفيات اقتصادية واجتماعية وعرقية متنوعة (الكسندر وآخرون Alexander et al. ، ١٩٩٤) .

ثانياً : التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات :

Cognitive Problem-Solving Skills Training (PSST)

تشير العمليات المعرفية إلى مجموعة من التراكيب التي تتعلق بالأسلوب الذي يمكن الفرد أو يساعده على أن يدرك ويخبر العالم المحيط به فالعمليات المعرفية هي الميكانيزمات التي بواسطتها يدرك الفرد ويحس بالعالم الذي يعيش فيه ، وكما وصفنا من قبل فإن الأطفال ذوي اضطراب المسلك يكونون عرضة للتشوهات المعرفية ، وبهذه الطريقة يكون لديهم صعوبة في إيجاد حلول إيجابية للمشكلات ويناضلون من أجل تحديد أو التعرف على كيفية تحقيق غاية مرغوب فيها ، فهم يكونون مندفعين ويفشلون في التفكير في عواقب أعمالهم ، ويكون لديهم صعوبة في التركيز ، والتشويه المعرفي الشائع عند الأطفال العدوانيين هو إساءة نسب أو إيعاز النية أو القصد العدواني لدرجة أنه حتى المثيرات الطبيعية أو العادية يتم إدراكها على أنها عدوانية ويستجيبون لها بطريقة عدوانية (كابالدي وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وتم تصميم هذا الأسلوب العلاجي للتغلب على أوجه العجز في المعرفة الاجتماعية ، وكذلك حل المشكلات الاجتماعية التي يمر بها الكثير من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك ، والبحوث التي أجريت على الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أوضحت حدوث أوجه عجز في الطريقة التي يُشغلون من خلالها المعلومات الاجتماعية بما في ذلك الطريقة التي يحددون من خلالها المفاتيح أو الدلائل الاجتماعية ، وتفسير هذه المفاتيح وتطوير الأهداف الاجتماعية ، وكذلك تطوير الاستجابات المناسبة واتخاذ القرارات بشأن الإجابات المناسبة (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٠) ، فعلى سبيل المثال فإن بعض الأطفال العدوانيين بدرجة شديدة

يميلون إلى أن ينسبون قصدهم أو نيتهم العدوانية إلى مواقف الاستفزاز الغامضة مع الأقران أو الرفاق والتي تجعلهم أكثر احتمالاً بأن يتصرفوا بعدوانية نحو الأقران ، وهناك أطفال عدوانيون آخرون يتجهون إلى ربط النتائج الموجبة بدرجة أكبر بسلوكهم العدواني ، مما يجعلهم أكثر احتمالاً أن يختاروا البدائل العدوانية لحل الصراع أو النزاع مع الأقران (دودج وآخرون Dodge et al. ، ١٩٩٧) ، ومعظم برامج التدريب على المهارات السلوكية المعرفية تشمل طريقة ما لجعل الطفل يكف عن الاستجابة الاندفاعية أو الاستجابة الغاضبة ، وهذا يسمح للطفل أن يمر بسلسلة من خطوات حل المشكلة على سبيل المثال كيف يتم التعرف على المشكلات ؟ ، وكيفية التفكير في الاستجابات البديلة ، وكيفية اختيار أفضل طريقة ممكنة ومتوافقة للتعامل بمزيد من الفاعلية مع المشكلات التي يتم مواجهتها أثناء التعاملات مع الرفاق ، ورغم بعض الأمور الشائعة فإن البرامج المتعددة لها بالفعل تأكيدات مختلفة إلى حد ما ، فعلى سبيل المثال فإن برنامج التدريب على التعلم الذاتي Self-Instructional Training Program يركز بدرجة كبيرة على الكف عن أو منع الاستجابة الاندفاعية ، وبرنامج التصرف حيال الغضب Anger Coping Program يركز بدرجة أكبر على تغيير التحيزات الإدراكية التي تتعلق بنية الرفاق وذلك باستخدام منظور التدريب على تولى المهمة والارتقاء بالاستراتيجيات البديلة في التفكير (لوكمان Lochman ، ١٩٩٢) ، ويقوم المعالج بدور إيجابي بدرجة كبيرة في هذه البرامج يتمثل في عمل نماذج للمهارات التي يتم تعلمها ، ولعب الأدوار للمواقف الاجتماعية ، وتوصيل التغذية المرتدة ، ومدح استخدام المهارات الملائمة ، ومعظم البرامج يتم تصميمها لتتلاءم مع سمات الجماعة أو المجموعة خوفاً أو تجنباً للأخطار المحتملة في حالة وجود الأفراد الذين لديهم سمات معادية

للمجتمع (ديشون وآخرون . Dishion et al. ، ١٩٩٩) .

ويركز التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية على التشوهات وأوجه العجز المعرفي التي يعرضها أو يظهرها الأطفال والمراهقون الذين لديهم مشكلات المسلك (كازدين Kazdin ، ١٩٩٧ أ) ، ويمكن استخدام التدريب على مهارات حل المشكلات بمفرده أو بالاشتراك مع تدريب الوالدين على حسن التصرف مع أبنائهم وذلك حسب ما تتطلب ظروف الأسرة ، والافتراض البارز والهام للتدريب على مهارات حل المشكلات هو أن إدراكات وتقديرات الطفل للأحداث البيئية سيحفز الاستجابات العدوانية ، والسلوكيات المعادية للمجتمع وأن تغيير التفكير الخاطئ سيؤدي إلى تغيير السلوك ، ويتم تعليم الأطفال كيفية حل المشكلات لكي يحددوا الأفكار والمشاعر وأوجه السلوك في المواقف الاجتماعية المسببة للمشكلات .

والهدف من هذا الأسلوب العلاجي هو تحسين وتطوير مهارات حل المشكلات من أجل تقليل السلوك المعادي للمجتمع والسلوك العدواني في البيت أو المدرسة أو المجتمع المحلي ، والسماح الشائعة للبرنامج تتضمن تعليم الأطفال الاشتراك في منهج أو طريقة تتم خطوة خطوة لفهم المشكلة والعمل على حلها ، فالتركيز المباشر على جوانب معينة من المشكلة يؤدي إلى التوصل إلى حلول فعالة لها ، ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي العديد من الأساليب والفنيات التي تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصص ، ولعب الأدوار ، والتعزيز ، والنمجة ، والعقاب المعتدل أو المعقول كفقْد النقاط أو العلامات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وعادة ما يقوم المعالج بدور فعال في العلاج ؛ حيث يقوم بنمذجة العمليات المعرفية مثل التلفظ بالعبارات الذاتية وتوفير الإشارات أو الدلائل

اللازمة لاستخدام المهارات المتعددة ، ويولد منها تغذية راجعية ، ويمتدح الأطفال عند الضرورة وذلك لتطوير الاستخدام الصحيح للمهارات .

وتتمثل هذه الطريقة في أن يتعلم الأطفال ذوي السلوك المعادي للمجتمع مهارات حل المشكلات بالإضافة إلى المشاركة الوجدانية ، والأخذ بمنظور الآخرين ، وذلك في محاولة لمساعدتهم على التعامل بدرجة أفضل مع الخلافات البينشخصية في أداء المهام الأكاديمية أو الدراسية ، ويقاوم الأفراد ذوي اضطراب المسلك بدرجة كبيرة جداً جميع أنواع التدخلات العلاجية ، وعلى الرغم من أن العلاجات المعرفية السلوكية مازالت عاجزة إلى حد ما عن التخلص من اضطراب المسلك ، فهناك بعض النجاحات في الطرق التي تركز على زيادة مهارات حل المشكلات وعلاج الاندفاعية وضبط الغضب .

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي سواء مع الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى خفض السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي وذلك بدرجة دالة ، وأن المكاسب التي تحققت استمرت لمدة عام بعد العلاج ، كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن الأطفال الأكبر سناً الذين تتراوح أعمارهم من ١١ - ١٣ سنة يستفيدون من العلاج بدرجة أكبر مما يستفيد به الأطفال الأصغر سناً وربما يرجع ذلك إلى تقدمهم في النمو المعرفي (ديورلاك وآخرون. Durlak et al. ، ١٩٩١ ؛ كيندال Kendall ، ١٩٩١) .

والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغير علاجي في

الاتجاه المنشود ، وإن التغيرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية التدريب ، ويعد التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات في ضوء نتائج الدراسات المحكمة التي تناولت اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين أسلوباً علاجياً واعدأ وفعالاً إلى حد كبير .

ويحدد كازدين Kazdin (١٩٩٦) خطوات حل المشكلات المعرفية من خلال عرض المثال التالي :

الخطوة رقم ١ : ما المفروض أن أفعله ؟ .
أريد أن أستعيد لعبتي من " س " .

الخطوة رقم ٢ : يجب أن أنظر إلى جميع الاحتمالات التي تطرأ على ذهني ، بإمكانني أن أضربه ضرباً مبرحاً واستعيد لعبتي ، أو أسأله أو أطلب منه أن يعيدها لي وإلا أشكوه أو أخبر المدرس .

الخطوة رقم ٣ : من الأفضل أن أركز ، فإذا ضربته سأدخل في مشاكل ، وإذا طلبت منه أن يعيدها لي فربما يرجعها لي .

الخطوة رقم ٤ : أحتاج أن أختار ، سأحاول أن أطلب منه أن يعيد لعبتي لي ، وإذا لم ينجح ذلك سأخبر المدرس .

الخطوة رقم ٥ : إما أن أقوم بعمل جيد أو أرتكب خطأ لقد نجحت في الاختبار ، فأنا لا أريد أن أدخل في مشاكل فأنا و " س " من الممكن أن نظل أصدقاء إذا أعاد لعبتي لي ، وإذا لم يكن الأمر كذلك سأبذل قصارى جهدي لأستعيدها قبل أن أطلب المساعدة من المدرس .

وأثناء التدريب على مهارات حل المشكلات يستخدم المعالج التعليمات ، والتدريب أو الممارسة ، والتغذية المرتدة لمساعدة الطفل على أن يكتشف

الطرق المختلفة للتصرف في المواقف الاجتماعية ، ولتحقيق ذلك يتعلم الأطفال أن يقيموا الموقف ويحددوا العبارات الذاتية وردود الأفعال تجاه دوافع الأطفال الآخرين ، ويتعلمون أيضاً أن يكونوا حساسين بدرجة أكبر للطريقة التي يشعر بها الأطفال الآخرون وأن يتوقعوا تفاعلات أو ردود أفعال الآخرين ، وأن يولدوا الحلول الملائمة للمشكلات الاجتماعية .

المعالم الهامة للتدريب على مهارات حل المشكلات :

يوضح كازدين Kazdin (١٩٩٥) المعالم الهامة للتدريب على مهارات حل المشكلات فيما يلي :

- التركيز على تفكير الطفل ، وعلى الرغم من أن الأطفال ينتقون الوسائل والأساليب المناسبة للسلوك إلا أنه يتم التركيز في الأساس على عمليات التفكير بدلاً من النتائج أي الأفعال السلوكية التي تنتج من جراء ذلك .
- يتم استخدام العبارات الذاتية لتوجيه الانتباه لجوانب المشكلة التي تؤدي إلى حلول فعالة .
- يستخدم هذا الأسلوب العلاجي مهاماً تركيبية منظمة تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصص .
- يتعلم الطفل أن يطبق المهارات المعرفية الخاصة بحل المشكلات على مواقف الحياة الفعلية .
- يلعب المعالج دوراً مباشراً وفعالاً في العلاج وإعطاء الأمثلة للعمليات المعرفية ، وتقديم التغذية المرتدة أو الرجعية وامتداح الأطفال عند الضرورة .
- يتضمن هذا الأسلوب العلاجي العديد من الإجراءات مثل النمذجة

Modeling ولعب الأدوار Role Playing ، والتعاقدات السلوكية Behavioral Contracts ، والتعزيز ، والعقاب المعتدل مثل فقدان النقاط أو المكافآت الرمزية .

- يركز هذا الأسلوب العلاجي على استمرار حل المشكلات في حياة الطفل اليومية من خلال استخدام مهام الواجب المنزلي ، واشتراك الوالدين . ويعتبر التدريب على مهارات حل المشكلات فعالاً مع الأطفال والشباب الذين يتم تحويلهم إلى عيادات الصحة النفسية للعلاج من مشكلات المسلك ، كما أن له فوائده التي تمتد إلى الأداء الوظيفي للوالدين والأسر (كازدين وواسيل Kazdin & Wassell ، ٢٠٠٠ ؛ كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣) ، وعلى الرغم من وضوح إجراءات هذا الأسلوب العلاجي إلا أنه يصعب معرفة ما إذا كانت التغييرات التي يحدثها في المعارف المختلفة هي المسؤولة عن التحسينات السلوكية ، وفي الواقع فإن تغيير العمليات المعرفية قد لا يؤدي بالضرورة إلى تغيير السلوك .

وأخيراً فعلى الرغم من أن معظم الأطفال يتحسنون نتيجة هذا الأسلوب العلاجي إلا أن بعض الأطفال ربما يستمرون في إظهار مشكلات سلوكية أكثر حدة من أقرانهم غير المنحرفين ، وبالتالي يتم تطوير المزيد من تدخلات هذا الأسلوب العلاجي للوفاء بحاجات أسر الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك والذين تكون مشكلاتهم حادة على نحو خاص .

والتحديات أو أوجه القصور الهامة لفاعلية أو كفاءة معظم البرامج السلوكية المعرفية تتمثل في الصعوبات التي يتم مواجهتها عند جعل الأطفال يستخدمون المهارات التي تعلموها خارج المقر العلاجي (كندال وآخرون Kendall et al. ، ١٩٩٠) ، والمحافظة على المهارات خلال فترة ممتدة

من الزمن بعد انتهاء التدخل العلاجي (لوكمان Lochman ، ١٩٩٢) ، وللارتقاء وزيادة عملية التعميم تم تصميم العديد من البرامج لكي يتم تنفيذها خارج المكان النمطي لتقديم الخدمات الصحية والنفسية حتى يمكن تنفيذ أو تعليم المهارات في البيئة التي سوف تستخدم فيها هذه المهارات ، وأيضاً للارتقاء وزيادة عملية التعميم فإن معظم البرامج تتضمن ممارسة المهارات في أماكن مختلفة ، ومع ذلك فالأهم هو أن كل هذه البرامج تتضمن الأفراد الموجودين في البيئة الطبيعية للطفل كالوالدين والمعلمين لكي يستخدمون هذه المهارات خارج السياق العلاجي .

ثالثاً : العلاج الأسري الوظيفي (FFT) Functional Family Therapy

يعتبر العلاج الأسري ضرورياً بين الحين والآخر لمواجهة العلاقات الصراعية بين الفرد ووالديه ، فالتفاعل السلبي بين الفرد ووالديه يؤدي إلى حدوث فجوة بينهما ينتج عنها انخفاض التفاعل الإيجابي وزيادة المشكلات السلوكية ، ويهدف العلاج الأسري إلى تعديل البيئة المنزلية لكي تلائم هذا الأسلوب العلاجي إلى جانب خفض الصراع النفسي بين الأفراد داخل الأسرة لأن الصراع يعوق تحقيق الأهداف المرجوة من العلاج ؛ كما يهدف العلاج الأسري أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى الطفل أو المراهق الذي يعاني من الاضطراب ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال التعرف على وجهات النظر المختلفة والاعتراف بتأثير الاضطراب على مشاعر ودافعية الآخرين .

ويسلم هذا الاتجاه العلاجي بأن السلوك المضطرب الذي يصدر عن الطفل هو الوسيلة الوحيدة التي يمكن بموجبها الوفاء ببعض الوظائف البينشخصية كالألفة ، والفتور أو البرود والمساندة بين أفراد الأسرة ، وأن

العمليات اللاتوافقية داخل الأسرة هي التي تعوق تحقيق إشباع مثل هذه الوظائف (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) ، وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم النظر إلى مشكلات الطفل الذي يعاني من اضطراب المسلك على أنها الطريقة الوحيدة التي من خلالها يمكن للأسرة أن تحقق وظائف بينشخصية معينة ، الأمر الذي يساعد على تطوير طرق جديدة لفهم الحياة الأسرية ، وتطوير أساليب جديدة للتصرف أو السلوك (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وتتمثل الأهداف الأساسية للعلاج في زيادة التبادلية والتعزيز الإيجابي بين أعضاء الأسرة لإقامة تواصل واضح فيما بينهم لا لبس فيه ، وفي المساعدة على تحديد السلوكيات التي يرغبها أعضاء الأسرة من بعضهم البعض وأن يتم التفاوض والنقاش فيما بينهم بشكل بنائي يساعد على تحديد حلول لمشكلاتهم البينشخصية ، ويتطلب هذا الأسلوب العلاجي أن تنتظر الأسر إلى المشكلة من منطلق الوظيفة المرتبطة بها التي يجب أن تؤديها داخل الأسرة ، ويشير المعالج إلى الاعتمادية المتبادلة والأمور العارضة بين أعضاء الأسرة التي تعمل في هذا الإطار كأساس للبحث عن العلاج وبمجرد أن تنتظر الأسرة إلى أساليب بديلة لرؤية المشكلة يزداد الحافز للتفاعل بين أعضائها بشكل أكثر بنائية ، ويقوم أعضاء الأسرة أثناء العلاج بتحديد السلوكيات التي يرغبون أن يأتي بها الآخرون ، ومع ذلك يظل التركيز الأساسي منصّباً على جلسات العلاج التي تتغير خلالها أنماط التواصل الأسري بشكل مباشر ، ويقدم المعالج أثناء الجلسات تعزيزاً إيجابياً لتحقيق التواصل الذي يعمل على تقديم الحلول للمشكلات المختلفة (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) .

والدراسات التي تناولت هذا الأسلوب العلاجي ركزت على العينات

السكانية التي يصعب التعامل معها أو يصعب علاجها كالمراهقين الجانحين الذين صدر ضدهم حكم قضائي أو المراهقين متعددي الجناح على سبيل المثال ومع ذلك فإن التجارب التي أمكن التحكم في نتائجها أسفرت عن وجود فوائد تتضمن تحسين التفاعل الأسري ، وانخفاض معدلات الإحالة للعلاج ، وانخفاض معدل تقديم هؤلاء المراهقين للمحاكمة ، علاوة على ذلك فإن نتائج العلاج استمرت لمدة عامين ونصف بعد انتهاء العلاج (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وأوضحت نتائج الدراسات المتعددة التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي أنه يحدث تغيراً وتعديلاً في المشكلات السلوكية المنتشرة بين المراهقين الجانحين ، كما يمكن استخدام هذا الأسلوب العلاجي مع الأطفال ، والوالدين مما يعطى أهمية وقيمة علاجية لهذا الأسلوب العلاجي .

رابعاً : العلاج متعدد النظم (MST) Multisystemic Therapy

أسلوب علاجي ينظر فيه إلى الطفل على أنه جزء من عدد من النظم التي تتضمن الأسرة والأقران والمدرسة والمجتمع المحلي ، وبهذه الطريقة يكون هناك تأثيرات متعددة يجب التركيز عليها أثناء العلاج ، ومن ثم تستخدم أساليب فنية متعددة أثناء العلاج ؛ ولذا فإن العلاج متعدد النظم يتضمن سلسلة أو مجموعة من التدخلات العلاجية التي تستخدم في نفس الوقت مع الأطفال وأسرهم ، ويتم خلال العلاج متعدد النظم استخدام العديد من فنيات العلاج الأسري مثل إعادة التشكيل أو الصياغة ، والحفاظ على الترابط ، وتحديد مهام معينة ، وزيادة التفاعل أو التواصل ، وتغيير الأسلوب الذي يتفاعل به أعضاء الأسرة فيما بينهم ، كما يستخدم العلاج متعدد النظم التدخلات العلاجية الأخرى مثل التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات (PSST) ، وتدريب الوالد على إدارة الأسرة (PMT) ، ويستخدم

أيضاً بعض الاستراتيجيات مثل النصيحة العملية والتوجيه أو الإرشاد .

والعلاج متعدد النظم أسلوب علاجي مكثف لشكل من أشكال العلاج القائم على الأسرة والمجتمع ، وهذا الأسلوب العلاجي موجه للمراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة تضعهم على حافة المخاطرة من جراء تشريدهم أو ضياعهم خارج بيوت أسرهم (هينجلر ولى & Henggeler Lee ، ٢٠٠٣) ، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى تقليل التفاعلات السلبية بين الوالدين والمراهق ، والتغلب على المشكلات الأسرية التي تعوق قيام الوالدين بدورهما الوظيفي داخل الأسرة ، وتحقيق وتطوير التماسك الأسري والدفع العاطفي بين أعضاء الأسرة (هينجلر وآخرون . Henggeler et al. ، ١٩٩٨) .

ويسعى العلاج متعدد النظم إلى تفويض مقدمي الرعاية للعمل على تحسين الأداء الوظيفي للشباب والأسرة ، وبالتالي يتم تنفيذ العلاج مع جميع أفراد الأسرة والعاملين في المدرسة والأقران والهيئة العاملة في محاكم الأحداث بوزارة العدل ، وغيرهم من الأفراد الذين لهم تأثير في حياة الطفل ، ويعتمد العلاج متعدد النظم على الأساليب العلاجية الأخرى مثل تدريب الوالدين على حسن التصرف مع أطفالهم ، والتدريب على مهارات حل المشكلات ، والعلاج الزوجي Marital Therapy بالإضافة إلى تدخلات علاجية تخصصية مثل التربية الخاصة ، والتحويل إلى برامج العلاج من سوء استخدام المادة أو الإحالة إلى الخدمات القانونية ، وفي الواقع يحاول العلاج متعدد النظم أن يتناول المحددات الكثيرة للسلوك المعادي للمجتمع الحاد أو الشديد (رولاند وآخرون . Rowland et al. ، ٢٠٠٠) .

وأوضحت نتائج الدراسات التي قامت بتقييم العلاج متعدد النظم عند

استخدامه مع المراهقين الجانحين الذين لديهم تاريخ من القبض عليهم وإيداعهم السجن نتيجة ارتكابهم جرائم بشعة مثل القتل ، والهجوم الشرس على الآخرين بنية القتل أن هذا الأسلوب العلاجي يقلل حدة الجنوح ، كما يقلل أيضاً المشكلات السلوكية والانفعالية ، ويحسن الأداء الوظيفي الأسرى (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) ، والدراسات التتبعية التي استمرت لمدة عامين أو أربعة أعوام أو خمسة بعد العلاج على عينات مختلفة من المراهقين الذين تلقوا العلاج متعدد النظم أوضحت نتائجها انخفاض معدل إلقاء القبض عليهم وإيداعهم محاكم الأحداث أو الإصلاحيات (هينجلر وآخرون Henggeler et al. ، ١٩٩٥) .

وتتفق الدراسات المتعددة التي استخدمت هذا الأسلوب العلاجي على أنه يؤدي إلى حدوث تغير لدى المراهقين ، وأن هذا التغير يستمر ويبقى لوقت طويل ، ومما يعطى قوة لهذه الدراسات أن العديد من المراهقين الذين خضعوا للعلاج كانوا يعانون من خلل حاد في الأداء الوظيفي ، كما أنهم كانوا من المراهقين الجانحين ممن لهم تاريخ في إلقاء القبض عليهم ، ويحتوى التراث السيكولوجي على العديد من الدراسات التي تتناول العلاج متعدد النظم بما يضمه من فنيات علاجية متعددة مأخوذة من أساليب علاجية أخرى كالتدريب على مهارات حل المشكلات .

ويرى ألان كازدين (٢٠٠٠) أن العلاج متعدد النظم يتضمن فنيات علاجية متميزة يتم الاستعانة بها من جانب الاتجاهات العلاجية الأخرى ، وعلى الرغم من ذلك فإنه لا يعد بمثابة دمج لتلك الفنيات معاً ، ويكون التركيز العلاجي هنا على النظم المترابطة وكيف تؤثر في بعضها البعض ، كذلك فقد يتم تناول مجالات متعددة من خلال العلاج كالمشكلات التي

يتعرض لها الوالد أو الوالدين مثلاً ، وهو ما يؤثر على الأداء الوظيفي للطفل نتيجة للصراعات الزوجية التي قد تحدث بين الوالدين ، وأساليب المعاملة الوالدية للطفل ، وبذلك فعلى الرغم من تعدد الفنيات العلاجية في هذا الأسلوب العلاجي فله حدوده في الاختيار من بينها .

واستخدم العلاج متعدد النظم في الأصل كطريقة عامة لعلاج الحالات المرضية النفسية ، ولكن تم تطبيقه بكثافة لعلاج السلوك الحاد والمضاد للمجتمع عند الأطفال والمراهقين (هينجلر وآخرون Henggeler et al. ، ١٩٩٢) ، ويتضمن العلاج متعدد النظم سياقات مثل مجموعة أقران أو رفاق الطفل في المدرسة ، ومحل الإقامة أو منطقة الجيرة السكنية ، وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجي ليس إنمائياً أو متعلقاً بالنمو في وجهته كما يتضح ذلك في عدم تأكيده على سمات الطفل الفردية التي قد تساهم في حدوث اضطراب المسلك والتي تلعب دوراً في تشكيل هذه السياقات ، فهو يؤكد رغم ذلك على طريقة شاملة تراعى الاحتياجات الفردية بحيث يؤخذ ذلك في سياق التدخل العلاجي ويتفق مع المبادئ التي تم توضيحها آنفاً في التدخل العلاجي في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .

ويسعى العلاج متعدد النظم إلى فهم مستوى وحدة المشكلات الحالية التي تؤرق الطفل أو المراهق بالإضافة إلى السياق المنتظم لهذه المشكلات ، والمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقدير تستخدم لتحديد خطة علاجية فردية تقوم على الاحتياجات النوعية للطفل ولأسرته ، ولتوضيح الطبيعة الشاملة لهذا الأسلوب العلاجي نذكر هينجلر وبوردن Henggeler & Borduin (١٩٩٠) عند علاجهما لـ ١٥٦ من المجرمين الأحداث بمتوسط عمري قدره ١٥.١ سنة ، وهؤلاء الأحداث الأشرار قد تم القبض عليهم مرات عديدة ، وخاض ٨٨ من هؤلاء الأحداث وأسرهم تجربة العلاج

متعدد النظم بمعدل ٥ - ٥٤ ساعة (بمتوسط ٢٣ ساعة) ، وبالإضافة إلى هذا التنوع في الحدة أو الشدة فإن الطريقة التي تم فيها استخدام هذه السياقات تنوعت وذلك استناداً على احتياجات المرضى أو الخاضعين للعلاج ، وكانت هناك نسبة تصل إلى ٨٣% من المجموعة التي اشتركت في العلاج المتعدد النظم اشتركت في العلاج الأسرى ، ٦٠% اشتركت في شكل من أشكال التدخل العلاجي الذي يتم في المدرسة والذي أشتمل على تسهيل الاتصال بين الوالدين والمعلمين ، والمساندة في إدارة أو ضبط السلوك في حجرة الدراسة ، وفي ٥٧% من الحالات كان هناك شكل ما من أشكال التدخل العلاجي من جانب الأقران أشتمل على التدريب مع المساندة الانفعالية من أجل التكامل داخل مجموعة الأقران ذوى السلوك الايجابي على سبيل المثال فرق الكشفة والفرق الرياضية ، والتدخل العلاجي المباشر مع الأقران ، وفي ٢٨% من الحالات كان المراقب يأخذ علاجاً فردياً تضمن في أغلب الأحيان شكلاً من أشكال التدريب على المهارات السلوكية المعرفية ، وأخيراً ففي ٢٦% من الحالات اشترك أهل المراقب أو والديه في العلاج الزوجي .

ويتضمن العلاج متعدد النظم نظاماً لإشراف مكثف من جانب المعالجين الذين ينفذون العلاج ، ويجب عليهم أن يحددوا كيف أن هذه المبادئ من المفروض أن يتم تنفيذها للوفاء باحتياجات حالة كل فرد ، ويجب أن يتأكدوا من أن المبادئ يتم إتباعها خلال مراحل العلاج ، ويتم تصميم العلاج متعدد النظم ليكون تدخلاً علاجياً محدداً بوقت ، وعادة يستغرق بين ٣ - ٥ شهور ، وهدفه إيجاد مصادر المساندة في السياق الطبيعي للطفل والأسرة الذي سيساعد في المحافظة على أي تغيير أحدثه التدخل العلاجي ، وذلك على فترات زمنية ممتدة أو طويلة ، ومع ذلك فإن هذا البرنامج يستم تصميمه ليكون قائماً على المجتمع ؛ حيث يتم تقديم الخدمات بأكبر قدر

ممکن في البيئة الطبيعية للأسرة (على سبيل المثال في البيت ، وفي الحي الذي تقيم فيه الأسرة) ، وأحد الإسهامات الهامة لهذا البرنامج هو قدرته على تقييم التدخلات العلاجية بطريقة دقيقة جداً من خلال الدراسات الخاصة بنتائج العلاج والتي تم التحكم فيها أو مراقبتها بدقة ، والنتائج الأولية المستمدة من الدراسات عن كفاءة العلاج المتعدد النظم في تقليل السلوك العدواني والمضاد للمجتمع حتى في الأطفال المضطربين بدرجة شديدة جداً كانت نتائج واعدة ومبشرة بالخير إلى حد كبير (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

وفي دراسة لنتيجة العلاج قام بها الطلبة الذين يحضرون لنيل درجة الدكتوراه في عيادة جامعية للمرضى الخارجيين ، قام ٨٨ من المجرمين المراهقين الذين يكررون تصرفاتهم البشعة أو المشينة مثل القتل والهجوم الشرس على الآخرين بغرض القتل بخوض تجربة العلاج متعدد النظم ، وقورنت نتائجهم بنتائج مجموعة ضابطة تألفت من ٦٨ من المراهقين المنتهكين للقانون والذين تلقوا الخدمات التقليدية التي تقدم للمرضى الخارجيين المترددين على هذه العيادة ، وهذه الخدمات ركزت بدرجة أساسية على العلاج النفسي الفردي ، وخلال المتابعة التي استمرت ٤ سنوات ، وجد أن نسبة تقدر بـ ٢٠ % من الشباب الذين تلقوا العلاج متعدد النظم تم القبض عليهم من جديد (إعادة القبض عليهم من جانب الشرطة) ، وذلك بالمقارنة بـ ٧١ % من المراهقين الذين ينتمون إلى المجموعة الضابطة (بريد كامب وكوبل Bredkamp & Copple ، ١٩٩٧) .

وفي دراسة ثانية تناولت نتيجة العلاج متعدد النظم تم تقديم التدخل العلاجي بواسطة معالجين يحملون درجة الماجستير ويعملون في مركز للصحة النفسية من المراكز المنتشرة بالمجتمع ، وتضمنت العينة المراهقين

الذين تم الحكم عليهم قانوناً على أنهم منحرفين وتم القبض عليهم مرات عديدة ، وتم تقسيم هؤلاء المراهقين عشوائياً ليلتقوا إما العلاج متعدد النظم أو ليلتقوا الخدمات النمطية التي تقدمها الهيئة القضائية الخاصة بالأحداث ، وأظهرت المجموعة التي تلقت العلاج متعدد النظم انخفاض نسبة أو مرات القبض عليهم إلى النصف ، وقضوا أياماً أقل في الحبس عما هو الحال مع المراهقين الذي تلقوا الخدمات النمطية أو التقليدية (هينجلر وآخرون Henggeler et al. ، ١٩٩٨) .

وهاتان الدراستان توضحان الطبيعة الواحدة إلى حد كبير جداً للعلاج متعدد النظم في علاج الأشخاص الذين لديهم اضطراب المسلك والذين كان يصعب علاجهم بدرجة كبيرة جداً ، وعلى الأخص المراهقين الذين ينتمون إلى مجموعة الأحداث المنتهكين للقانون ، والذين تم القبض عليهم مرات كثيرة .

المبادئ المرشدة أو التي يركز عليها العلاج متعدد النظم :
يقدم هينجلر ولي Henggeler & Lee (٢٠٠٣) مجموعة من المبادئ المرشدة للعلاج متعدد النظم تتلخص في :
المبدأ الأول : يركز التقدير على فهم التطابق بين المشكلات التي تم تحديدها وسياقها الأوسع أو الأكبر .
المبدأ الثاني : تركز التدخلات العلاجية على ما هو موجود ، وتكون موجهة نحو العمل الذي يستهدف المشكلات النوعية الواضحة .
المبدأ الثالث : تركز التدخلات العلاجية على التفاعلات السلوكية الموجودة داخل أو بين النظم المتعددة .

المبدأ الرابع : تكون التدخلات العلاجية ملائمة من الناحية الإنمائية وتتطابق

مع احتياجات الشباب .

المبدأ الخامس : تتطلب التدخلات العلاجية جهوداً يومية وأسبوعية يقوم بها أفراد العائلة .

المبدأ السادس : يتم تقييم التدخلات العلاجية باستمرار ، وذلك من منظورات متعددة .

المبدأ السابع : يتم تصميم التدخلات العلاجية للارتقاء بعملية التقييم والاستمرار الطويل الأجل .

المبدأ الثامن : تؤكد التدخلات العلاجية على الجوانب الإيجابية ، وتدعم وتحفز الجوانب التي يجب أن يتم تغييرها .

المبدأ التاسع والأخير: يتم تصميم التدخلات العلاجية للارتقاء بالسلوك المسئول وتقليل السلوك غير المسئول .

ودراسات نتائج العلاج متعدد النظم للشباب العنيف والمتسم بالسلوكيات الحادة والمضادة أو المعادية للمجتمع أوضحت أن هذه الطريقة تتفوق على الخدمات العادية وعلى الإرشاد الفردي ، والعلاج الدوائي ، وأهم شئ هو أن العلاج متعدد النظم ثبت أنه يقلل المعدلات الطويلة الأمد للسلوك الإجرامي ، ويعتبر العلاج متعدد النظم علاجاً متوازناً من حيث التكلفة والعائد ؛ حيث إن التكلفة تقدر بخمس التكاليف بالنسبة للتدخلات العلاجية التقليدية .

والدراسات التي تناولت العلاج متعدد النظم لم تميز أو تفرق بين المراهقين الذين يظهرون النمط المستمر مدى الحياة (LCP) وبين المراهقين الذين يظهرون النمط المحدد بمرحلة المراهقة (AL) من حيث السلوكيات المعادية للمجتمع ، ومن الممكن أن يرجع جزء من نجاح العلاج متعدد النظم إلى أن مساعدة المراهقين الذين لديهم النمط المحدد بمرحلة المراهقة يقلل إلى

حد كبير من ارتباطهم بالأقران المنحرفين ، أو عن طريق عمل ذلك ينخفض العمر الذي يكفون فيه أو يمتنعون فيه عن السلوك المنحرف (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن هذا الأسلوب العلاجي يمكن استخدامه في العديد من المواقف ، ولذلك يُعد العلاج متعدد النظم مباشراً وواعداً وفعالاً إلى حد كبير إذا ما نظرنا إلى كم وكيف الأدلة المتاحة وثبات النتائج التي تم التوصل إليها ، ويأتي كونه واعداً وفعالاً من فكرة أنه يتناول مجالات أو نظم متعددة ومدى ما تسهم به في اختلال الأداء الوظيفي والعمليات التي تدخل في العلاج وعلاقتها بالنتائج التي تم التوصل إليها ، كذلك فالتراث السيكولوجي يعج بالدراسات التي تتناول العلاج متعدد النظم بما يضمنه من فنيات علاجية متعددة مأخوذة من أساليب علاجية أخرى كالتدريب على مهارات حل المشكلات ، وتدريب الوالدين على حسن التصرف مع أبنائهم ، وجميعها تندمج في أسلوب العلاج متعدد النظم أو في الإطار النظري الذي يتعلق به ، وهو ما يزيد من إمكانية الاستفادة من هذا الأسلوب العلاجي .

خامساً : العلاج الدوائي / العلاج بالعقاقير Pharmacotherapy

يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى استخدام العقاقير للسيطرة على السلوك المعادي للمجتمع ، وتم استخدام العديد من الأدوية في علاج اضطراب المسلك والعدوان ، وتضمنت هذه الأدوية المنبهات النفسية Psychostimulants ، والليثيوم Lithium ، والكاربامازيبين Carbamazepine ، والريزبريدون Risperidone وذلك على الرغم من أن استخدام هذه الأدوية لم يخضع لتقييم دقيق ، كما تستخدم كربونات الليثيوم Lithium Carbonate ، والهالوبيردول Haloperidol بسبب تأثيرهما

المضاد للسلوك العدواني ، ومما يجب الإشارة إليه أن فائدة الأدوية أو تأثيرها يجب أن يتوازن مع الآثار الجانبية المحتملة لها في حالة العلاجات الدوائية التي تحت المراجعة أو التي لم تحظ بالتقييم الكافي ، وينبغي أن يقتصر العلاج الدوائي على الحالات الشديدة فقط ، بحيث يستهدف أعراض مرضية معينة ولاسيما العدوان (بورك وآخرون . Burke et al. ، ٢٠٠٢) .

ويمكن اعتبار العلاج بالأدوية علاج مساعد لاضطراب المسلك والحالات المرضية المصاحبة له أو المشتركة ، وعلى الرغم من عدم وجود أدوية تم الموافقة عليها بطريقة رسمية لعلاج الاضطراب ، فقد يساعد العلاج الدوائي على علاج أعراض مرضية معينة ، وهناك حاجة لمزيد من الدراسات لتقييم دور العلاج الدوائي بالنسبة لاضطراب المسلك ، وعن طريق تحسين الانتباه ، وزيادة النشاط الكافي Inhibitory Activity قد تساعد الأدوية على تحسين قدرة الأطفال على الاستفادة من التدخلات العلاجية النفسية الاجتماعية الأخرى ، والغالبية العظمى من الدراسات تتضمن المرضى الذين لديهم اضطراب المسلك والحالات المرضية المصاحبة له مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب الرئيسي أو الجسيم Depression Major ، ولقد تم استخدام الأدوية المنبهة Stimulants ومضادات الاكتئاب Antidepressants ، والليثيوم Lithium ، ومضادات التشنج Anticonvulsants ، والكولوندين Clonidine (كاتابريس Catapres) في علاج اضطراب المسلك (كامبل وآخرون Campbell et al. ، ١٩٩٢ ؛ سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١) .

والتدخل العلاجي الأولي المعقول من جانب أطباء الأسرة هو تعليم الوالدين الأساليب الفنية الواضحة والمباشرة والمحددة بخصوص التفاعلات

أو الاتصالات الواضحة لكي يستخدمونها مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك (سيج ودايتز Sege & Dietz ، ١٩٩٤) ، وفيما يلي عرض لأهم الأدوية التي يتم استخدامها في علاج اضطراب المسلك :

- الأدوية المنبهة :

يذكر كلين وآخرون Klein et al. (١٩٩٧) أن الأدوية المنبهة تشمل الميثيل فينيديت Methylphenidate (أو الريتالين Ritalin) ، والديكسترو أمفيتامين Dextro Amphetamine (أو الديكسترين Dexedrine) وهما من أكثر الأدوية الواعدة أو المبشرة بالخير والمستخدمه في علاج اضطراب المسلك، ومع ذلك لا يوجد إجماع أو اتفاق في الآراء بخصوص كفاءة الأدوية المنبهة في علاج اضطراب المسلك ، فالأدوية المنبهة التي تم تقييمها في دراسات صغيرة نسبياً قد بينت أنها فعالة في خفض أو تقليل العدوان ، ولاسيما لدى المرضى الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة أو مصاحبة وذلك عند مقارنة ذلك بالدواء الوهمي Placebo .

وتوجد نسبة كبيرة تتراوح بين ٦٠% : ٩٠% من الأطفال الذين يتم تحويلهم للعيادات والذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (أبوكوف وكلين Abikoff & Klein ، ١٩٩٢) ، والاندفاعية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تؤدي إلى بعض السلوكيات العدوانية وغيرها من أوجه السلوك التي تصاحب اضطراب المسلك (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٠) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد يساهم بطريقة غير مباشرة في حدوث المشكلات السلوكية من خلال تأثيره على تفاعلات الأطفال مع الأقران

والأفراد الآخرين المهمين كالوالدين والمعلمين أو من خلال تأثيره على قدرة الوالدين على استخدام الاستراتيجيات الفعالة للتنشئة الاجتماعية أو تأثيره على قدرة الطفل على الأداء من الناحية الأكاديمية أو الدراسية (فريك Frick ، ١٩٩٥) ، ولذا فإن تخفيض الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يُعد أمراً هاماً بخصوص الهدف العلاجي لكثير من الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب المسلك ، ويُعد استخدام الأدوية المنبهة واحداً من العلاجات الأكثر نجاحاً في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وفاعلية هذه الأدوية تتمثل في تقليل المشكلات السلوكية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك اتضحت في العديد من التجارب العلاجية التي تم التحكم في نتائجها ، ومن الأدوية التي ثبتت فاعليتها دواء الميثيل فينيديت (الريتالين) (Methylphenidate (Ritalin) ؛ حيث يساعد على خفض السلوكيات المشينة بما في ذلك العدوان اللفظي والبدني والإغاضة أو المضايقة وتدمير الممتلكات ، وتقليل المشكلات السلوكية إلى حد كبير ، وخاصة المشكلات الثانوية المرتبطة باضطراب المسلك ، وفي تحسين العلاقات بالأقران ، وتقليل النزاع مع الوالدين والمعلمين ، وهناك العديد من الاعتبارات الهامة التي يجب وضعها في الاعتبار عند استخدام الأدوية المنبهة في علاج اضطراب المسلك منها أن الأدوية المنبهة تقلل من مشكلات المسلك عند الأطفال الذين لا يوجد لديهم تشخيص مشترك يفيد بوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ،

ومما يجب الإشارة إليه أن التأثير الأساسي للأدوية قد يكون بغرض زيادة استجابة الطفل للتدخلات العلاجية الأخرى بمعنى أنها تجعل الطفل أكثر استجابة للبرامج العلاجية المختلفة .

ويري سيارجت وآخرون Searight et al. (٢٠٠١) أن من أهم الأدوية المنبهة المستخدمة في علاج اضطراب المسلك ما يلي :

١- الميثيل فينيديت (الريتالين) **Methylphenidate (Ritalin)**
الجرعة :

تكون الجرعة بالنسبة للأطفال الذين يبلغون من العمر ٦ سنوات أو أكثر من ٢.٥ - ٥ مجم بعد الإفطار والغذاء ، وتكون الجرعة بحد أقصى ٢ مجم لكل كيلوجرام في اليوم أو ٦٠ مجم في اليوم ، وقد تكون هناك حاجة إلى جرعة إضافية بمقدار ٢.٥ مجم ولا يجب إعطاؤها بعد الساعة الرابعة مساءً .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في فقدان الشهية العصبي ، وتأخر في النوم ، وقلق أو عدم ارتياح ، وحدوث أنيميا ، ونقص عدد كرات الدم البيضاء ، وسرعة ضربات القلب .

احتياطات خاصة :

يجب عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي تساعد على تجلطه ، ومراقبة ضغط الدم ، والطول والوزن ، ومتابعة ضربات القلب ، وينبغي التوقف عن الدواء ، ومراقبة مدى الاعتماد .

٢- ديكستروأمفيتامين (ديكسدرين) **Dextroamphetamine (Dexedrine)**

لا يوصى بالعلاج بالأمفيتامين Amphetamine للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٣ سنوات والأطفال من ٣ - ٥ سنوات تكون الجرعة ٢.٥ مجم في اليوم وتزداد بنسبة ٢.٥ مجم على فترات أسبوعية ، ولا يجب أن تتعدى ٠.٥ مجم لكل كيلوجرام في اليوم ، والأطفال أكبر من ٦ سنوات

تكون الجرعة ٥ مجم ثلاث مرات يومياً ، وتزداد بنسبة ٥ مجم على فترات أسبوعية ، والحد الأقصى للجرعة ٦٠ مجم في اليوم .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في فقدان الشهية للطعام ، والاعتماد ، وفراط الحركة ، والتأخير في النوم ، والقلق ، وكثرة الكلام (الرغي أو الثثرة) ، وسرعة ضربات القلب .

احتياطات خاصة :

يجب متابعة نشاط الجهاز العصبي المركزي ، ومراقبة الطول ، والوزن ، وضغط الدم ، ويمكن أن يحدث التحمل أو الاعتماد ، ولا يجب التوقف عن استخدام الدواء فجأة .

- مضادات الاكتئاب :

أظهرت المحاولات والتجارب التي أجريت لتقييم فاعلية أو كفاءة مدى رسمية البوبروبيون Bupropion (ولبترن Wellbutrin) أثناء استخدامه في علاج اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وجود تحسن في اضطراب المسلك كما هو موضح في التقارير الوالدية ، واقتُرحت هذه الدراسات أن البوبروبيون Bupropion كان آمناً وفعالاً عند استخدامه ، وكان الفلوكستين Fluoxetine (البروزاك Prozac) مرتبطاً أيضاً بتحسن دال في خفض السلوك العدواني - الاندفاعي Aggressive Behavior Impulsive لدى الراشدين الذين لديهم اضطراب الشخصية (كلين وآخرون Klein et al. ، ١٩٩٧) ، وعلى الرغم من وجود بعض نقاط الخلاف أو الجدل فهناك خوف من تأثيرات تسمم القلب Cardiotoxic الناتج من استخدام مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants للأطفال ، كما أن استخدام مثبطات إعادة امتصاص

السيروتونين (SSRI) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors قد تكون مفيدة على نحو خاص في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك والاكتئاب الجسيم Major Depression المصاحب له ، ويرى سيارجيت وآخرون Searight et al. (٢٠٠١) أن من أهم أدوية الاكتئاب المستخدمة في علاج اضطراب المسلك ما يلي :

١- بوبروبيون (ولبترن) Bupropion (Wellbutrin) الجرعة :

تكون الجرعة من ٥٠ - ١٥٠ مجم كل يوم ، وبالنسبة للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ٦ سنوات ، وكذلك المراهقون من ١٠.٤ - ٦ مجم لكل كيلو جرام في اليوم وذلك في جرعات مقسمة مرتين أو ثلاث مرات .
الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث تهيج ، وقلق ، وارتباك ، وأرق ،
وصداع نصفي ، وغثيان ، وقئ ، وقلة وصول الدم إلى المخ .

٢- فلوكستين (بروزاك) Fluoxetine (Prozac) الجرعة :

تكون الجرعة من ٥ - ٢٠ مجم كل يوم ، والحد الأقصى للجرعة للكبار هو ٨٠ مجم في اليوم ، ولا توجد معلومات عن جرعة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات .
الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث قلق ، ودوخة ، ودوران ، وتعب
وصداع ، وأرق ، وعصبية ، وفقدان الشهية للطعام ، وإسهال ، وعسر هضم ، وحدوث هزة أو رجفة .

- مضادات التشنج :

Lithium & Anticonvulsants الليثيوم ومضادات التشنج

الليثيوم دواء منشط نفسياً له خواص مضادة للعدوان ، وقد أوضحت النتائج المستمدة من العديد من الدراسات انخفاض العدوان بعد تعاطي الليثيوم ويتطلب تعاطي الليثيوم مراقبة منتظمة لمستوى الدم لتقدير نسبة السمية المحتملة أو الممكنة ، وينبغي التأكد من نسبة السمية مرتين في الأسبوع إلى أن تصبح الحالة الكلينيكية مستقرة مع المراجعات الشهرية بعد ذلك ، والمراقبة والسمية المرتبطة بالعلاج بالليثيوم يحدا من استخدام هذا الدواء ، كما أن مضادات التشنج أيضاً تقلل السلوك العدواني (كيوبا وآخرون Cueva et al. ، ١٩٩٦) ، ومن أهم مضادات التشنج المستخدمة في علاج اضطراب المسلك ما يلي :

Phenytoin (Dilantin) ١- فينوتون (ديلانتين)

الجرعة :

تكون الجرعة ٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً وذلك في جرعتين إلى ثلاث جرعات مقسمة ، والحد الأقصى للجرعة ٣٠٠ مجم في اليوم .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة أو دوار ، وحدث تغييرات طبية نفسية ، وكلام غير واضح وإمساك وأرق وقئ والتهاب في اللثة .

احتياطات خاصة :

عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي تساعد على تجلطه ومراقبة إنزيمات الكبد .

٢- كاربامازيبين (تيجريتول) Carbamazepine (Tegretol)
الجرعة :

تكون الجرعة في حالة الأطفال أقل من ٦ سنوات من ١٠ - ٢٠ مجم لكل كيلو جرام يومياً وذلك في جرعتين إلى ثلاث جرعات مقسمة ، والحد الأقصى للجرعة هو ٣٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً ، ومن عمر ٦ - ١٢ سنة تكون الجرعة ١٠٠ مجم على فترات أسبوعية ، والحد الأقصى للجرعة هو ١٠٠٠ مجم في اليوم .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في ضعف التآزر الحركي ودوخة وإسهال وإمساك .

احتياطات خاصة :

يجب عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي تساعد على تجلطه (الصفائح الدموية) وعمل اختبارات وظائف الكبد كاملة وهرمون الغدة الدرقية (TSH) .

٣- حمض الفالبوريك (ديباكين) Valproic Acid (Depakene)
الجرعة :

تكون الجرعة من ١٠ - ١٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً جرعة واحدة أو موزعة على أكثر من جرعة ، وتزداد بنسبة ٥ - ١٠ مجم لكل كيلوجرام يومياً على فترات أسبوعية .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة وإمساك وإسهال وتراخي وكسل أو خمول وحرقان في القلب وغثيان وفئ ، وتهيج في الجلد .

احتياطات خاصة :

يجب عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي

تساعد على التجلط ، وعمل تحاليل وظائف الكبد كاملة .

أدوية أخرى :

١- الليثيوم Lithium

الجرعة :

بالنسبة للأطفال : تكون الجرعة من ١٥ - ٦٠ مجم لكل كيلو جرام يومياً وذلك في ثلاث أو أربع جرعات مقسمة .

بالنسبة للمراهقين : تكون الجرعة من ٦٠٠ - ١٨٠٠ مجم في اليوم وذلك في ثلاث أو أربع جرعات مقسمة .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة أو دوار ، ورعشة خفيفة باليد ، وصداع ، وانخفاض ضغط الدم ، وفقدان الشهية ، وإسهال ، وجفاف الحلق ، وأرق ، وقئ ، وزيادة في إدرار البول .

احتياطات خاصة :

يجب حساب تركيز نسبة الليثيوم في الدم كل أسبوعين ، وعندما تستقر النسبة يتم حساب النسبة كل شهر ثم كل ٣ شهور ، وحساب نسبة الكرياتينين Creatinine في الدم ، وعمل صورة دم كاملة ، وتحليل البول ، وحساب نسبة السكر في الدم صائم .

٢- الكلوندين (كاتابريس) Clonidine (Catapres)

الجرعة :

تكون الجرعة نصف مجم يومياً ، وتزداد الجرعة كل ٣ أيام إلى ٧ أيام بنسبة ٠,٥ مجم لكل كيلو جرام يومياً وتوزع الجرعة في ثلاث أو أربع مرات .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة أو دوار ، وخمول ، وإمساك ، وجفاف في الحلق ، انخفاض معدل ضربات القلب .
احتياطات خاصة :

يجب حساب تركيز نسبة الليثيوم في الدم كل أسبوعين ، وعندما تستقر النسبة يتم حساب النسبة كل شهر ثم كل ٣ شهور ، وحساب نسبة الكرياتينين Creatinine في الدم ، وعمل صورة دم كاملة ، وتحليل البول ، وحساب نسبة السكر في الدم صائم ، وعمل رسم قلب .

٣- الكلوندين : Clonidine

أظهرت نتائج العديد من الدراسات وجود انخفاض دال في الاندفاع والنوبات العدوانية عند استخدام الكلوندين في العلاج، ولكن الآثار الجانبية التي تتمثل في الدوخة ، وانخفاض ضغط الدم ، والنبض البطيء (انخفاض عدد دقات القلب) ، والاكتئاب تحد من استخدام الدواء ، والأعراض الجانبية الثلاثة المتمثلة في الدوخة ، وانخفاض ضغط الدم ، والنبض البطيء يتم التخلص منها بتقليل الجرعة ، وينبغي مراقبة الأفراد الذين يتعاطون هذا العقار بدقة بسبب الأعراض المرضية المتمثلة في الاكتئاب ، والخمول بدرجة أكثر من اللازم (كيمف وآخرون . Kempf et al. ، ١٩٩٣ ؛ كونور Connor ، ١٩٩٨) .

سادساً : العلاج المعرفي Cognitive Therapy

يركز هذا الأسلوب العلاجي على العمليات المعرفية المختلفة ، وكذلك المهارات المعرفية اللازمة لحل المشكلات الشخصية المتعلقة بالسلوك الاجتماعي ، وتشير نتائج عدد من الدراسات أن العمليات المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني أظهرت وجود تحيزاً معرفياً من الممكن أن يشكل العامل

الأساسي للسلوك المعادي للمجتمع ، وأن الأولاد العدوانيين يفسرون الأعمال الغامضة أو المبهمة (على سبيل المثال اصطدام أحد الأشخاص بك وأنت تقف في طابور) على أنها أعمال عدوانية ، وهذه النظرة التحيزية تجعل هؤلاء الأطفال ينتقمون بعدوانية للأعمال التي قد لا يقصد منها الاستفزاز الأمر الذي يثير أقرانهم ، ومن ثم ينوون الاعتداء عليهم مما يزيد من غضب الأولاد العدوانيين ، وهذه الدورة يمكن أن تؤدي إلى النبذ من جانب الأقران وتؤدي إلى مزيد من العدوان .

ويؤكد العلاج المعرفي السلوكي بدرجة كبيرة على تكنيكات معرفية معينة يتم تصميمها لإحداث تغييرات في التفكير ، وبالتالي إحداث تغييرات في السلوك أو الحالة المزاجية ، ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للأطفال والمراهقين عادة سلسلة من الإجراءات القائمة على أداء السلوك ويركز عادة على الأسرة والمدرسة في العلاج ، وربما يتضمن العمل الفردي ، والجلسات الجماعية أو كلاهما ، وتختلف طول فترة العلاج ، وتعتمد على حدة أو شدة المصاعب أو المشكلات التي يمر بها الأفراد ، والبرامج العلاجية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك تعتبر طويلة غالباً ، وقد تستغرق ٢٥ - ٣٠ جلسة شهرياً ، ويكون المعالج في هذه الجلسات نشيطاً ومتعاوناً ويحاول أن يطور علاقة تعاونية تحفز الطفل على أن يفكر ويسلك ، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إعطاء الطفل الفرصة بأن يجرب الأشياء ويطور مهارات جديدة ، وبالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والعدوان فإن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير قوى على المعارف الاجتماعية وحل المشكلات البينشخصية .

وفي العلاج المعرفي السلوكي لهذا النوع من المشكلات يتعلم الطفل أن يراجع الإجابات على سلسلة من الأسئلة قبل البدء في العلاج ، وتتضمن هذه

الأسئلة الأشياء التي أدت إلى هذا الموقف ، وكذلك ما حدث فيه بالإضافة إلى النتائج طويلة الأجل والنتائج قصيرة الأجل للإجابة التي قد تصدر من الشخص وربما يمارس الطفل مهارة المراجعة المعرفية عن طريق الاستماع أولاً عندما يراجع المدرب أو المعالج الأفكار الملائمة لموقف معين ، وبعد ذلك يقوم بعمل بروفة لفظية للأفكار الملائمة بنفسه ، وعندما يتعلم الأطفال أن يطبقوا هذه الطريقة في مواقف أخرى يتم تعليمهم أن يذكروا أو يعلنوا أفكارهم بصوت عالي أو على الملأ ، فمثلاً قد يتم تعليم الطفل أن يستخدم الإجراء التالي المتعلق بالتفكير بصوت عالي عندما يجد أن قلمه الرصاص قد ضاع منه .

" آه... إن قلّمي الرصاص ضاع ، ولا أستطيع أن أعرّث عليه ، أنني أرى أن رونالد Ronald أخذه ، والآن قبل أن أذهب وأستعيده منه ، علىّ أن أفكر فيما حدث ، وسأفعل ذلك بصوت مرتفع كما أخبرني قائدي في المهارات ، دعنا نرى ، فأولاً سأقول لنفسي ماذا حدث ؟ " ، حسناً ، أنني فقدت قلّمي الرصاص وهو الآن مع رونالد ، ومن الممكن أن يكون رونالد قد سرقه ، أو ربما وجدته ويستعمله ، أو ربما أنه لا يعرف أن هذا القلم قلّمي ، أنني أتساءل ما الذي يفكر فيه رونالد ؟ أعتقد إنه بإمكانني أن أسأله ، وأنني لست متأكداً أي من هذه الطرق هو الصحيح ، ولكنني لا أريد أن أدخل في شجار معه ، وسأفضل أن أبقى صديقاً لرونالد ، لأننا نلعب كرة السلة معاً ، ولذا سأعطيّه فائدة أو ميزة الشكّ ربما قد وجدته وسأذهب وأطلب منه أن يعيده لي " (ماك براير وآخرون . McBrayer et al. ، ٢٠٠٣) .

وهذا النوع من الطرق لكي يكون فعالاً ومؤثراً يجب أن يكون لدى الطفل علاقة عمل تتسم بالدفء والود مع الكلينيكي أو أي شخص آخر والذي

يمكن معه عمل سلسلة من اللقاءات الاجتماعية الموجبة ، ويجب أن تحدث المواجهات أو اللقاءات الاجتماعية مراراً وتكراراً لكي نوضح للطفل أن توقعاته السلبية الأولية لم تكن دقيقة ، وحتى بعد ذلك فقد يكون من الصعب على الطفل أن يعمم التجربة على أفراد آخرين وعلى وجه الخصوص الأقران .

وتستخدم معظم برامج تدريب الوالدين الطرق السلوكية أو المنهج السلوكي ، وهذه الطرق يتم تصميمها لتساعد في منع التفاعلات القسرية أو القهرية بين الوالدين والأطفال ، وتفيد بدرجة كبيرة جداً مع الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وأطفال المدرسة الابتدائية ، ويكون العمل مع الأطفال والوالدين هاماً على نحو خاص في منع اضطراب المسلك ، وفي دراسة تناولت الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ - ٨ سنوات الذين لديهم حدوث مبكر لمشكلات المسلك تم تقييم العديد من أنواع التدخلات العلاجية ، وهذه التدخلات تضمنت تدريب الوالدين فقط ، وتدريب الطفل فقط ، وتدريب الوالدين والطفل معاً ، وعلى الرغم من أن كل علاج من هذه العلاجات كان أكثر فاعلية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة فإن المجموعة التي تم فيها دمج تدريب الطفل مع تدريب الوالدين قد أسفرت عن أكبر قدر من التحسن الدال في سلوك الطفل ، ومثل هذه النتائج توضح أن العمل مع الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أو أي سلوك مشين آخر لم يكن فعالاً تقريباً كالعمل مع الأطفال والوالدين معاً ، والتحسن في المهارات الوالدية كان عاملاً مهماً في تقليل مشكلات المسلك ، ولاسيما لدى الأطفال الصغار .

سابعاً : التدريب على ضبط (السيطرة على) الغضب Anger-Control Training

يعد التدريب على ضبط الغضب طريقة واعدة لتعليم الأطفال

العدوانيين ضبط النفس في المواقف المسببة للغضب والاستقزاز ، وفي هذه الطريقة يتم تعليم الأطفال أن يتحملوا الهجوم اللفظي بدون الرد بطريقة عدوانية وذلك باستخدام أساليب التشتت أو صرف الانتباه مثل التمتمة بنغمة أو لحن ، وقول أشياء مهدئة لأنفسهم أو الابتعاد أو الهروب عن هذه المواقف ثم يمارس الأطفال هذه الطرق المتعلقة بضبط الذات أثناء استقزاز صديق لهم أو إهانته لهم .

وتم تطوير سلسلة من طرائق العلاج المعرفي السلوكي تركز على الفهم المشوه للأحداث الاجتماعية التي يجربها أو يمر بها الأطفال ذوي اضطراب المسلك ، كما تركز أيضاً على تعديل وتوسيع عمليات التقدير البينشخصي للطفل حتى يمكن للأطفال أن يطوروا فهماً أكثر رقباً للمعتقدات والرغبات عند الآخرين بالإضافة إلى تحسين قدرة الطفل على تنظيم أو ضبط استجابته النفسية أو الاجتماعية ، والمكون الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي هو حل المشكلات ، ويحاول التدريب على مهارات حل المشكلات أن يعالج أوجه العجز في قدرات تشغيل حل المشكلات المعرفية التي توجد غالباً لدى الأطفال والمراهقين العدوانيين ، وتدريب الأطفال على حل المشكلات يساعدهم على التعامل مع المشكلات الخارجية التي تستفزهم سلوكياً ، ويتم أولاً تشجيع الطفل على أن يحدد مشكلة قابلة للحل ثم يقوم بإيجاد أكبر قدر ممكن من الحلول الممكنة ، ويتم اختيار أفضل حل ، ويتم تحديد الخطوات لتنفيذ هذا الحل الذي يجربه الطفل ، وبعد ذلك يتم تقييم العملية بأكملها .

ويرى باركلي Barkley (٢٠٠٣) أن التدريب العملي من أجل التحكم في الغضب يتفوق بدرجة واضحة على العلاج الذي يؤكد فقط على

العناصر المعرفية وحدها ، وتبدأ الجلسات العلاجية لترويض الغضب بأن يطلب المعالجون النفسيون من الأطفال الإفصاح عن العبارات التي يستخدمها الرفاق التي تسبب لهم الإغظة ، والاستفزاز ، ويقوم الأطفال بكتابة هذه العبارات أو ذكرها ، ومثل هذا الإفصاح الصريح قد يؤدي إلى الإحراج أو السخرية ، ولكن وجود جو يتسم بالثقة في الجماعة أو المعالج يساعدهم في التغلب على هذه المشاعر ، وبعد ذلك يقوم المعالج بتوضيح كيفية استخدام هذه العبارات في المساعدة على السيطرة على الذات ، ثم يبدأ المعالج بسؤال الأطفال عن اقتراحاتهم حول أنسب الطرق للتصرف مع هذه المشكلة وبعد ذلك يقدم اثنان من المرشدين بالاشتراك مع بعضهما مناقشة ساخرة بطريقة تبدو عفوية ، ولكن تم التخطيط لها من قبل ، ويتجاوب المرشد القائم بدور الضحية في هذه المناقشة بطريقة عدائية لفظية في أول الأمر ، والهدف هنا هو إثارة دهشة الأطفال وتحفيزهم على مناقشة ما حدث وأن يقوموا بذكر الأسلوب الأفضل الذي كان بإمكان المرشد الذي تمت إغاظته أن يفعله ، وتتكرر هذه المناقشة والمجادلة عدة مرات بهدف إدخال مقترحات الأطفال من أجل المزيد من السيطرة على النفس من جانب الشخص الذي يكون ضحية العمل الاستفزازي ، ويمكن استخدام طريقتان لترويض الغضب هما :

- أن يكظم الفرد غضبه في داخله .
- أن يوجه الفرد الغضب نحو نفسه .

وترى يونج Young (٢٠٠٢) أنه يجب إدخال طرائق متعددة لترويض الغضب ، على سبيل المثال التحدث في المشكلات مع الأصدقاء ، والابتعاد عن مصدر الاستفزاز أو المضايقة ، وإعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية ، ومع ذلك فربما لا يكون لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب التأييد أو المساندة الاجتماعية المتاحة أو المتوفرة للاستعانة بها

في المشكلات الشخصية ، ومن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر الأفراد أثناء الاضطراب ، وسيكون ذلك مهماً على نحو خاص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، تعلموا أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الناس معادين لهم ؛ لذا ينبغي على المعالج تعليم هؤلاء الأفراد أن يفكروا ويواجهوا التشوّهات المعرفية ويتصدون لها على سبيل المثال " يكرهني الناس " ، " يستفزني الناس " كما يجب أن تتوالد الأفكار البديلة على سبيل المثال " ربما يكون الشخص لديه مشكلات شخصية ، وربما يكون مشغولاً ، ويكون من المفيد تعليم هؤلاء الأفراد أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم ، وقدرتهم على تحديد النقطة التي يصبحون فيها مثارين بدرجة كبيرة ، وينبغي تشجيعهم على الاشتراك في الاستراتيجيات المضادة .

ومعظم الطرق التي تم وصفها حالياً هي طرق وقائية تركز في المقام الأول على الأطفال الصغار الذين لم يظهروا حتى الآن سلوكاً إجرامياً أو انحرافياً خطيراً ، وبمجرد أن يحتك الأطفال أو المراهقين ذوي اضطراب المسلك بالشرطة والمحاكم يصبح من الصعب بدرجة كبيرة جداً أن نعيد توجيههم إلى الطرق الحياتية الملزمة بمعايير المجتمع والسلوك الحميد ، وهذا يؤكد أو يثير نقطة في غاية الأهمية وهي أن تفادى الاحتكاك بالشرطة والمحاكم يعتبر ضرورياً للنجاح في علاج الأفراد المنحرفين .

وقارن عدد من الباحثين بين أنواع متعددة من العلاجات تحتوي جميعها على العنصر المشترك المتمثل في إيجاد شريك أو زميل (طالب بالجامعة) يتواجد مع منحرف حدث لمدة تتراوح من ست إلى ثمان ساعات في الأسبوع ، ووجدوا أن المحتوى النوعي لهذه اللقاءات أو الاجتماعات (التعاقد السلوكي مقابل التركيز على المشاركة الوجدانية ، والنظرة الإيجابية

التي لا تتضمن شروط ومهارات الاتصال) كان أقل أهمية من عامل الابتعاد عن المحاكم ، بل وحتى العلاج الخفيف أو غير القوى الذي يتضمن إشراف ضئيل أو بسيط عن طريق الطلبة المتطوعين في الكليات كان أفضل من العلاج الأكثر صرامة ودقة ؛ حيث تم الإشراف داخل مبنى المحكمة وبواسطة موظف بالمحكمة يتابع الحالة على الرغم من أن الأحداث لم يكن لديهم أي اتصال بالمحكمة أثناء العلاج .

ثامناً : التحويل للعلاج التخصصي :

على الرغم من أن الحالات المعتدلة والأولية لاضطراب المسلك يتم علاجها بطريقة فعالة بواسطة أطباء الأسرة فإن الكثير من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك يحتاجون إلى علاج تخصصي في عيادات الصحة النفسية ، وعلاوة على ذلك فهناك دائماً قضايا أسرية كبيرة وأوجه خلل تساهم في أو تحد من مشكلة المريض ، ولذا فإن العلاج الأسري هو العلاج المختار وهو علاج فعال ويحتاج إلى التوافق بين الوالدين ، وخفيض أو تقليل الصراع أو النزاع ، وتشجيع الوالدين على أن يتولوا مهمة التأديب أو التهذيب ووضع القواعد مع استثمار الموارد المتاحة في البيئة الطبيعية للمريض الأمر الذي يمكن أطباء الأسرة من تحديد المستوى الملائم للخدمة التي يحتاجها هؤلاء المرضى ، وعندما لا يتوافق مقدمو الرعاية من الأفراد الكبار أو لا يستطيعون أن يقدموا درجة الإشراف والرعاية المطلوبة ، فإن العلاج الذي يتطلب الإقامة في المستشفى يكون ضرورياً ، وينبغي على أطباء الأسرة الذين يكتبون الوصفات الطبية والأدوية لعلاج اضطراب المسلك أو الحالات المرضية المصاحبة له أن يكونوا على اتصال مستمر مع الأخصائيين الآخرين الذين يعالجون هؤلاء الأفراد .

وأطباء الأسرة هم غالباً الأخصائيون الأساسيون الذين تستشيرهم الأسرة التي بها أطفال لديهم اضطراب المسلك ، وخلال هذه الزيارات ينبغي على هؤلاء الأطباء أن يؤكدوا على خطورة سلوك المريض ، وإمكانية سير المرض الرديء على المدى الطويل ، وذلك إذا لم يكن هناك أي تدخل علاجي من جانب الوالدين ، فأهل الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك هم أكثر احتمالاً لأن يظهروا الاكتئاب ، وسوء استخدام المادة ، وسمات الشخصية المعادية للمجتمع ، وهذه الاضطرابات الوالدية تؤثر على المشكلات السلوكية للأطفال ، وعلى الرغم من أن آباء الأطفال ذوي اضطراب المسلك يكون لديهم غالباً مشكلات اجتماعية قانونية خاصة بهم ، فإنهم لا يريدون لأطفالهم أن يكون لهم حياة مشابهة لحياتهم .

ويتناول كازدين Kazdin (٢٠٠٤) الخطوط الإرشادية الأساسية للتدخل العلاجي بالنسبة لأطباء الأسرة أو التدخلات العلاجية العملية لعلاج اضطراب المسلك فيما يلي :

- قم بتقدير الحدة أو الشدة ، وبناء على ذلك قم بالتحويل للعلاج مع الأخصائي الفرعي كلما دعت الحاجة إلى ذلك مع علاج سوء استخدام المادة أولاً والذي يأتي كحالة مرضية مشتركة أو مصاحبة .
- قم بوصف التكهن الطويل الأمد المحتمل بدون تدخل علاجي لمقدم الرعاية أو ولي الأمر .
- قم بتخطيط أنشطة للأطفال ، وقم بتنفيذ الخطوط الإرشادية للسلوكيات المتسقة أو المتوافقة .
- قم بالتأكيد على مراقبة الوالدين لأنشطة الأطفال (واعرف أماكن تواجدهم ومع من يتواجدون) وقم بتشجيع تنفيذ حظر التجول أو عدم الخروج .

- قم بتشجيع الأطفال على الاشتراك في أنشطة مخططة مسبقاً ، ويتم الإشراف عليها ، وذلك فيما يتعلق بأنشطة الأقران أو الرفاق على سبيل المثال الرياضات المنظمة والكشافة .
- ناقش وأعرض أساليب الاتصالات الواضحة والمحددة للوالدين .
- ساعد مقدمي الرعاية أو الوالدين على أن يضعوا أو يحددوا مكافآت ملائمة للسلوك المرغوب فيه .
- ساعد في إقامة أو تحديد نتائج واقعية مع توصيلها بوضوح وذلك فيما يتعلق بعدم الامتثال .
- ساعد على تحديد أو إنشاء روتين يومي لنشاط اللعب الموجه للطفل مع الوالدين أو أحدهما .
- فكر في العلاج الدوائي بالنسبة للأطفال العدوانيين بدرجة عالية أو الاندفاعيين أو كلاهما ، أو الذين لديهم اضطراب المسلك .

تاسعاً : برامج إدارة الضبط أو التوافق :

Contingency Management Programs

يركز هذا المدخل العلاجي بدرجة مباشرة على الاعتقاد بأن كثيراً من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يأتون من أسر تفتقد التنشئة الاجتماعية السليمة أو يأتون من بيئات اجتماعية ناقصة لم تقدم أو لم توفر أساليب التنشئة الاجتماعية المثلى أو الملائمة للطفل ، فتجربة التنشئة الاجتماعية الرديئة هي المسئولة عن عدم القدرة على ضبط أو تعديل السلوك (على سبيل المثال عدم الامتثال للتوقعات الوالدية أو المجتمعية) (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) ، ويتم تصميم نظام لإدارة أو ضبط السلوك للتغلب على أوجه العجز أو النقص في عملية التنشئة الاجتماعية ، وهناك مبرر أو سبب عقلائي آخر يتفق مع البحوث الحالية هو أن بعض الأطفال الذين

يعانون من اضطراب المسلك لديهم قابلية مزاجية تجعلهم أكثر عرضة لعدم القدرة على التوافق ، فعلى سبيل المثال ربما يركزون بشدة على النتائج الإيجابية الممكنة لسلوكهم (مثل الحصول على أو سرقة شيء ما) إلى حد أنهم لا يفكرون في النتائج السلبية الممكنة (على سبيل المثال القبض عليهم نتيجة للسرقة أو التأثير على رزق أو دخل صاحب المحل) (لوبير وكوي Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

ويرى فريك Frick (٢٠٠١) أن التركيب الأساسي لبرامج إدارة أو ضبط التوافق يعتبر بسيطاً بدرجة خادعة ، وهذه البرامج تتضمن ما يلي :

أ- تحديد أهداف سلوكية واضحة تعمل على تشكيل سلوك الطفل تدريجياً في مجالات ذات اهتمام معين .

ب- تطوير نظام لمراقبة ما إذا كان الطفل من الممكن أن يصل إلى هذه الأهداف .

ج- وجود نظام لتقوية أو تعزيز الخطوات الملائمة نحو الوصول إلى هذه الأهداف .

د- تقديم نتائج السلوك .

وهذه البرامج تُحدث تغييرات سلوكية بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك في البيت ، وفي المدرسة ، وفي مراكز العلاج التي يقيمون فيها .

وعلى الرغم من أن برامج إدارة أو ضبط السلوك تبدو بسيطة ومباشرة إلا أن الكثير منها لا يستخدم بطريقة فعالة فمثلاً تحتاج هذه البرامج أن تكون فردية وذلك فيما يتعلق باختيار الأهداف المناسبة للطفل والمعرزات وأساليب العقاب التي ستحفز كل طفل ، وبالإضافة إلى ذلك فإن كثيراً من البرامج لا تحدد الأهداف بطريقة من شأنها أن تسمح بوجود مراقبة منتظمة

لمعرفة كيفية تحقيق الطفل لهذه الأهداف ، وعلاوة على ذلك فإن الكثير من هذه النظم يتم استخدامها عادة بدرجة أساسية في التعلم السلوكي أو ضبط السلوك ، والنتائج السلبية للسلوك غير الملائم يتم تقديمها (على سبيل المثال يتم خصم درجات عن سوء السلوك ، ويؤدي التشاجر إلى عزلة إجبارية) ، كما يوجد ميكانيزم للتشجيع بطريقة منظمة على التعبيرات السلوكية الموجبة (على سبيل المثال يتم إضافة درجات من أجل التعبير الملائم عن الغضب وعن التفاعلات الاجتماعية السليمة مع الأقران أو عن التعليقات المحترمة مع الكبار) .

خلاصة القول إن هذه البرامج تحدد أهداف سلوكية واضحة تعمل بالتدريج على تشكيل سلوك الطفل مع وجود نظام لمراقبة ما إذا كان الطفل من الممكن أن يصل إلى هذه الأهداف أم لا مع تحفيز وتعزيز التغييرات السلوكية الممكنة .

أوجه القصور (التحديات) المتعلقة بطرائق العلاج :

يرى عدد كبير من الباحثين (روتر Rutter ، ٢٠٠٤ ؛ سيمونوف Simonoff ، ٢٠٠٤ ؛ كوفمان وآخرون Kaufman et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ماثيوس ولويمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) أنه على الرغم من أن التدخلات العلاجية التي تستخدم لعلاج اضطراب المسلك قد أثبتت فاعليتها في تقليل المشكلات السلوكية المرتبطة باضطراب المسلك إلا أن هذه التدخلات لها العديد من أوجه القصور التي تتمثل في :

١- أن نسبة كبيرة من الأطفال ذوي اضطراب المسلك لا يظهرون تحسناً أو استجابة لهذه التدخلات العلاجية ، وبالنسبة للأطفال الذين يستجيبون لهذه العلاجات فإن المشكلات السلوكية لا يتم خفضها أو التقليل من حدتها غالباً لتصل إلى المستوى المنشود .

٢- أن أكبر درجة من التحسن تحدث لدى الأطفال الأصغر سناً (قبل سن الثامنة) ، والذين لديهم اضطرابات سلوكية أقل حدة ، وعلى الرغم من أن هذه النتيجة تلقى الضوء على الحاجة إلى التركيز على منع اضطراب المسلك لدى الأطفال الصغار الذين يُظهرون السلوكيات المسببة للمشكلات ، فإنها تقترح أيضاً أن هناك حاجة ماسة لتحسينات أفضل بالنسبة للأطفال الأكبر سناً والمراهقين الذين لديهم مشكلات أكثر حدة في المسلك .

٣- مع وجود بعض الاستثناءات الملحوظة فإن القدرة على تعميم نتائج العلاج عبر المواقع تتجه إلى أن تكون رديئة بمعنى أن العلاجات التي تغير بطريقة فعالة من سلوك الطفل في مكان ما (على سبيل المثال عيادات الصحة النفسية) لا تحدث غالباً تغييرات في سلوك الطفل في مواقع أخرى (على سبيل المثال المدارس) .

٤- مع وجود بعض الاستثناءات أيضاً التي يمكن ملاحظتها فإن التحسينات التي تحدث في سلوك الأطفال نوى اضطراب المسلك من الصعب الاستمرار فيها مع مرور الوقت ، وهذا يبدو حقيقياً بدرجة خاصة مع الأطفال الأكبر سناً الذين لديهم مشكلات سلوكية حادة ، والأطفال الذين ينحدرون من بيئات أسرية مختلة إلى حد كبير .

٥- الدراسات التي تم الاستشهاد بها قد اختلفت فيما يتعلق بمناهج البحث ، وبالتالي يجب توخي الحذر عند التقدير مباشرة على العينات السكانية الكلينية .

٦- لم يتم تناول أو مناقشة عوامل المخاطرة البيولوجية ، وهذه العوامل تشمل النتائج التركيبية أو الوظيفية المتعلقة بالأعصاب

على سبيل المثال أوجه العجز في الفص الأمامي للمخ ،
والمغيرات الفسيولوجية العصبية التي تتمثل في الدور الذي
تقوم به الموصلات العصبية ، والمغيرات الفسيولوجية
النفسية ، مثل المعدل البطيء لضربات القلب ، والإثارة
المنخفضة عن الحد الطبيعي .

وتجاهلت الأساليب العلاجية التي اهتمت بعلاج اضطراب المسلك
سمتين هامتين من سمات الأطفال ذوي اضطراب المسلك ، والتي كانت
ضمن التركيز أو التأكيد لهدف البحوث الحديثة جداً في هذا الصدد ، وهما :
١- تقترح غالبية البحوث أن اضطراب المسلك يتم تحديده بطرائق متعددة ،
فبالنسبة لمعظم الأطفال والمراهقين الذين ينشأ لديهم الاضطراب فإنه
يكون نتيجة نهائية لتفاعل معقد بين أنواع مختلفة كثيرة لميكانيزمات
سببية تتضمن القابلية الفردية (على سبيل المثال التحكم الرديء في
الاندفاع ، والذكاء المتدني) ، ومشكلات في البيئة التي تربوا فيها
(على سبيل المثال التأديب أو التهذيب الرديء أو القاسي من جانب
الوالدين ، أو الحالة المرضية النفسية للوالدين) ، والمنغصات أو
مسببات الضغوط والمشقة في البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها
(على سبيل المثال الإقامة في أحياء فقيرة تنتشر فيها الجريمة بدرجة
عالية) (فريك Frick ، ١٩٩٨) ، وعلاوة على ذلك فإن
الميكانيزمات السببية لا تعمل بطريقة مستقلة عن بعضها البعض ،
ولكنها تعمل عادة بطريقة تعتمد على بعضها البعض أو بطريقة تبادلية
فعلى سبيل المثال فإن الطفل المندفع قد يكون صعباً على والديه بدرجة
أكبر من الطفل الذي لديه تنظيم سلوكي وانفعالي أفضل ، ومع ذلك
فإن الحاجة إلى مزيد من الأسلوب الوالدي الفعال لمنع حدوث

المشكلات السلوكية الحادة من المحتمل أن يكون أكبر بالنسبة للطفل المندفع (كولدر وآخرون Colden et al. ، ١٩٩٧) .

ومما يجب الإشارة إليه أن نتائج العديد من البحوث الحديثة أوضحت أن مثل هذه التدخلات العلاجية التي تجمع بين تدريب الوالدين على إدارة الأسرة أو على حسن التصرف (PMT) ، والتدريب على المهارات السلوكية المعرفية (CBST) تكون عادة أكثر تأثيراً وفاعلية من التجارب التي تستخدم أي من الطريقتين بمعزل عن بعضهما البعض .

٢- تقترح البحوث أن الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب المسلك يمثلون مجموعة غير متجانسة فيما يتعلق بأسباب مشكلاتهم السلوكية ، ويبدو أن هناك مسارات سببية متعددة لحدوث اضطراب المسلك ، وكل مسار له عوامل سببية محددة ، وله أيضاً ميكانيزمات لا نظير لها أو فريدة من نوعها تلعب أدواراً هامة جداً في حدوث السلوك العدواني والمضاد للمجتمع عند الطفل ، ونتيجة لذلك فإن أي تدخل علاجي فردي حتى إذا استهدف عمليات سببية متعددة ليس من المحتمل أن يكون مؤثراً أو فعالاً لجميع الأطفال ذوي اضطراب المسلك (فريك وإليس Frick & Ellis ، ١٩٩٩ ؛ فريك Frick ، ٢٠٠١ ؛ ليمركوند وآخرون LeMarquand et al. ، ٢٠٠٤) .

٣- أن التدخلات العلاجية للأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يجب أن تنفذ بحذر وذلك لأن كثيراً من الطرائق العلاجية قد ثبت عدم فاعليتها ، والبعض منها ثبت أن له آثار ضارة .

٤- أن تصميم تدخلات علاجية للشباب ذوي اضطراب المسلك يجب أن يتم توجيهه من خلال البحوث الأساسية فمعظم العلاجات الناجحة ركزت

على العمليات التي أوضحت البحوث أنها على درجة كبيرة من الأهمية في حدوث أو استمرار الأعراض المرضية لهذا الاضطراب .

٥- ينبغي أن تكون التدخلات العلاجية شاملة وتعالج العوامل الكثيرة المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك عند الطفل ، وينبغي عليها أيضاً أن تضع الاحتياجات الفردية في اعتبارها ، وتتناول المسارات السببية المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الاضطراب .

وهناك أوجه قصور عدة تتمثل في :

١- هناك حاجة إلى وجود المزيد من البحوث لفهم المسارات السببية المتعددة المتضمنة في حدوث اضطراب المسلك وذلك لترجيح التدخلات العلاجية المراعية للفروق الفردية .

٢- هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتصميم نماذج لتوصيل أو تقديم الخدمات التي ينبغي أن تكون فعالة ومتوافقة من حيث التكلفة والعائد .

٣- هناك حاجة إلى جهود أكبر لنشر برامج العلاج النموذجي نظراً لأن التدخلات العلاجية الفعالة تستخدم طرقاً علاجية لم يتم في بعض الأحيان تدريب الكثيرين من الأخصائيين في مجال الصحة النفسية عليها .

وعموماً فكل أشكال العلاج تقدم الخبرات البينشخصية الصحيحة في التعامل مع الوالدين والأخوة والأقران ، وذلك لأن معظم الأعمال المعادية للمجتمع والتي تشمل العنف تحدث بين الطفل وأفراد الأسرة أو الأقران ، وبالإضافة إلى ذلك فنظراً لانتشار مشكلات المسلك عبر المواقع المختلفة فإن جميع العلاجات تقريباً اشتملت على مكونات تم تصميمها لتغيير سلوك الطفل في البيت والمدرسة والمجتمع .

يضاف إلى ذلك أن أحد أسباب عدم فاعلية الكثير من التدخلات العلاجية هو أنه تم استخدام هذه التدخلات غالباً استناداً إلى نظريات شاملة لتدخل علاجي تم تطويره لعلاج الراشدين أو الكبار ، كما أنها لم تكن قائمة على العوامل التي تؤدي إلى نمو أو حدوث اضطراب المسلك ، ولم يتم النظر إليها على أنها قضايا إنمائية هامة لها صلة بالعمل مع الأشخاص المضطربين فعلى سبيل المثال فإن الكثير من التدخلات العلاجية قد تجاهلت التأثيرات القوية للسياق الاجتماعي النفسي للطفل (مثل الأسرة ، والأقران ، والجيرة أو الحي الذي يسكن فيه الطفل) ، وإذا لم يتم تعديل هذه السياقات ، فمن الصعب جداً إحداث التغييرات أو الاستمرار فيها أو المحافظة عليها في سلوك الطفل عبر أو مع مرور الوقت ، وهذا لا يعني أن الاستعدادات المسبقة لدى الفرد لا تساهم في حدوث اضطراب المسلك ، أو أن هذه الاستعدادات المسبقة لا تشترك بفاعلية تامة في تشكيل السياق الاجتماعي النفسي للطفل .

وعلى الرغم من أن هذا الاستعراض لفاعلية العلاجات يعتبر متشائماً إلى حد ما ، فإن هناك أربع علاجات قد ثبتت فاعليتها أو كفاءتها في الدراسات التي أمكن التحكم في نتائجها ، ونظراً لأهمية السياق الاجتماعي للطفل ، فليس من المدهش أو المستغرب أن هناك ثلاثة من بين الأربعة أتت من التقاليد السلوكية المعرفية التي تؤكد على دور التعلم الاجتماعي ، والعلاج غير السلوكي الوحيد الذي ثبتت فاعليته هو استخدام الأدوية المنبهة التي تقلل الاندفاعية التي يمكن أن تؤدي إلى السلوك العدواني والسلوك المضاد أو المعادي للمجتمع .

ونظراً لأن اضطراب المسلك من الاضطرابات المقاومة للتغيير بدرجة

كبيرة مع مرور الوقت فإن التدخل العلاجي الذي يبدأ مبكراً في حياة الطفل يعد إستراتيجية لمنع أو تقليل حدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، وتركيز التدخلات العلاجية على سنوات ما قبل المدرسة ، والسنوات الأولى في المدرسة (من عمر ٣ - ٨ سنوات) يقوم على اعتبارات عديدة منها :

١- أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يمكن تحديدهم بوضوح في هذه المرحلة السنية .

٢- هناك دليل على أنه كلما كان عمر الطفل أصغر سناً في وقت التدخل العلاجي ، كلما كان التوافق السلوكي للطفل موجباً بدرجة أكبر في البيت وفي المدرسة .

٣- أن الفترة خلال السنوات الأولى للمدرسة الابتدائية هي فترة ذات ضاغة لكثير من الأطفال ووالديهم ، والنجاح المبكر أو الفشل في المدرسة يمهد الطريق لسلوك الأطفال المستقبلي في المدرسة ، ويمهد الطريق للعلاقات مع المعلمين والرفاق وأيضاً للاتجاهات المستقبلية لوالديهم والعلاقات مع المدرسة والمعلمين والإداريين .

٤- يرى برستان وآيبرج Brestan & Eyberg (١٩٩٨) أن الأطفال الصغار ذوي اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي (المشكلات السلوكية) هم عقبة سكانية غير جديرة بالاهتمام بشكل متزايد جداً فحوالي ٧% تقريباً من هؤلاء الأطفال لا يتلقون أي علاج .

والتدخل العلاجي المبكر يضعف من عوامل المخاطرة ويقوى من عوامل الحماية ومن ثم يساعد في منع السلوكيات العدوانية والعنيفة بدرجة كبيرة إلى جانب منع تصاعد أو زيادة الفشل الأكاديمي أو الدراسي إلى جانب

التخلص من سلوكيات التنبذ من جانب الرفاق ، والتقدير المتدني للذات .
والدليل على فاعلية أو كفاءة التدخل العلاجي لعلاج اضطراب المسلك
يعد دليلاً محدوداً ، ومن ثم فإننا نواجه مستويات عالية من السلوك المشين
والمنحرف بين الأفراد الصغار ، وهذا يوحي بأن التأكيد في المستقبل ينبغي
أن يكون في مجال تطوير استراتيجيات الوقاية .

الفصل السادس

اضطراب العناد والتحدي

مقدمة :

يتصرف الأطفال والمراهقين في بعض الأحيان بطرق سلبية وعنيدة تتسم بالتمرد والعصيان والعدوانية وذلك تجاه أولى الأمر أو من في السلطة ، وإذا كان هذا السلوك حاداً بما يكفي للتدخل في الأداء الوظيفي للطفل وعلاقاته مع الآخرين فربما يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من اضطراب العناد والتحدي (Oppositional Defiant Disorder (ODD ، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يغضبون أو تتتابهم نوبات غضب ، ويتجادلون مع الكبار ، ويتحدون الأوامر والقواعد بدرجة صارخة ، ويتعمدون عمل أشياء من شأنها أن تضايق الآخرين ويوجهون اللوم لغيرهم عندما يرتكبون أخطائهم الشخصية (الخاصة بهم) ، ويتضايقون بسهولة من الآخرين ، ويكونون في حالة غضب دائم ، كما أنهم حقودين أو محبين للانتقام .

ويشترك الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي في سلوكيات معادية للمجتمع ولا تتفق مع النظم والأعراف السائدة في المجتمع ، وهذه السلوكيات تكون أقل حدة عما هي في السلوكيات الموجودة في اضطراب المسلك (Conduct Disorder (CD ولكنها توضح طريقة سلبية ، وغضب تجاه الآخرين ، وبعض الأطفال يتعافون من اضطراب العناد والتحدي ، ولكن هناك مجموعة فرعية يتطور لديها الاضطراب ليصبح اضطراباً كاملاً في المسلك ، وهؤلاء الأطفال الذين يتطور لديهم الأمر ويحدث لهم اضطراب المسلك يستمرون غالباً في الاشتراك في أوجه السلوك العدواني المعادي للمجتمع حتى مرحلة الرشد ويكون لديهم معدلات عالية في النشاط الإجرامي وسوء استخدام المخدرات .

ولا توجد فروق بين معدلات انتشار اضطراب العناد والتحدي بالنسبة للبنين والبنات حتى على الرغم من أن البنين يكون لديهم عادة معدل أعلى في الانتشار ، وبالمراجعة التاريخية للمؤلفات التي تناولت هذا الاضطراب ؛ يتضح أنه من جيل إلى جيل تضمنت النظم المتعددة المتعلقة برعاية الأطفال ذوى السلوك المشين أو المضطرب صراعاً طويلاً لمعرفة ما يجب عمله معهم ، ومن الذي ينبغي أن يتحمل المسؤولية ، وتلك معضلة أو ورطة تستمر إلى يومنا هذا .

تعريف الاضطراب :

يُعرف اضطراب العناد والتحدي بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والمتمرد والعدواني تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الأنماط السلوكية مثل تعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم ، والولع بالجدل ، وتقلب الحالة المزاجية ، وتدمير الممتلكات ، والعدوان تجاه الآخرين ، وتكون بداية هذا الاضطراب قبل وصول الطفل إلى الثامنة من العمر .

واضطراب العناد والتحدي لا يتم تشخيصه قبل سن العاشرة ، وتصل ذروته في مرحلة المراهقة ، ويندر تشخيصه في مرحلة الرشد ، والأطفال الذين يظهرون أنماطاً سلوكية من العداء المفرط ، والتحدي المفرط يتم النظر إليهم على أنهم يعانون إما من اضطراب العناد والتحدي ، أو اضطراب المسلك ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتجادلون بطريقة متكررة مع الكبار ، ويفتقدون السيطرة على أنفسهم وعلى انفعالاتهم ويشعرون بالغضب الشديد والاستياء من الكبار بين الحين والآخر ، ويتحدون القواعد والأوامر التي يعرضها الكبار ، ويضايقون الآخرين ويلقون اللوم

عليهم لأخطاء ارتكبوها هم أنفسهم ، كما يلومونهم أيضاً على المشكلات التي تسببوا هم فيها ، ويبدأ هذا الاضطراب عادة في حوالي الثامنة من العمر ، ويكون أكثر شيوعاً في البنين عما هو في البنات ، وتتراوح نسبة الانتشار بين ١٦% : ٢٦% على الترتيب وفقاً لنتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

يوجد تداخل كبير بين الأعراض المرضية الخاصة باضطراب المسلك ، وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، كما أن هناك خلافاً أيضاً حول ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي هو اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، وهل هو نسخة أولية أقل اعتدالاً أم انعكاساً لنفس الأعراض وأوجه العجز الرئيسية لاضطراب المسلك (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) ، وتظهر أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة قبل ظهور أعراض اضطراب المسلك بحوالي سنتين إلى ثلاث سنوات أي في سن السادسة من العمر مقابل التاسعة من العمر بالنسبة لاضطراب المسلك ؛ وحيث إن أعراض اضطراب العناد والتحدي تظهر أولاً فمن الممكن أن تكون مؤشرات أولية لاضطراب المسلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب العناد والتحدي لا يتقدم بهم الحال إلى حدوث المزيد من الأعراض الحادة لاضطراب المسلك ، فعلى الأقل هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأفراد يستمر تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي بدون تقدم أو تطور لحدوث اضطراب آخر وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% من الأفراد يكفون تماماً عن إظهار أو عرض المشكلات المتعلقة باضطراب العناد والتحدي (بيل Bell ، ٢٠٠٦) .

وبالتالي يعد اضطراب العناد والتحدي بالنسبة لمعظم الأطفال
تغير إنمائي وليس بالضرورة أن يكون مؤشراً يشير إلى تصعيد أكثر
شدة وخطورة لاضطراب المسلك (ماش وولف Mash & Wolfe ،
٢٠٠٧) ، وعلى النقيض من ذلك هناك حالات من اضطراب
المسلك يسبقها في الغالب اضطراب العناد والتحدي ، وجميع الأطفال
تقريباً الذين لديهم اضطراب المسلك يستمرون في إظهار أعراض
اضطراب العناد والتحدي (برينكمير Brinkmeyer ، ٢٠٠٦)
وتوجد معدلات منخفضة لاضطراب المسلك عند الأطفال الصغار
تنتج من طبيعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات
النفسية ، فالدليل التشخيصي يحدد نفس الأعراض المرضية بالنسبة
لتشخيص اضطراب المسلك في جميع الأعمار حتى على الرغم من
أن الكثير من هذه الأعراض لا تنطبق على الأطفال الصغار (على
سبيل المثال اقتحام المنازل والهروب من المدرسة) ، وبالتالي فإن
المعدلات الأقل انخفاضاً في اضطراب المسلك عند الأطفال الصغار
من الممكن أن تعكس استخدام نظام تشخيصي غير متوافق مع العمر
الزماني الطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتوجد بيانات تؤكد فكرة أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح
اضطراب المسلك في بعض الحالات ، وذلك على الرغم من أن ذلك يعد
مثار جدل أو نزاع فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين
هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالات أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا
السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب
المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ،
٢٠٠٣) .

تشخيص الاضطراب :

توضح الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب العناد والتحدي هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب العناد والتحدي تتمثل في :

أولاً : نمط يتضمن سلوك سلبي معارض وعدواني ويتسم بالتحدي والعناد يوم أو يستمر لمدة ٦ شهور على الأقل ، ويتضمن الحدوث المتكرر لأربعة على الأقل من السلوكيات التالية أثناء تلك الفترة (لاحظ أن كلمة متكرر تعني أكثر تكراراً من السلوك العادي أو الذي يحدث عند عامة الأفراد أو الناس من نفس العمر ومستوى النمو الذي يمكن المقارنة بهم) وهذه السلوكيات هي :

- ١- ينتاب الفرد نوبات غضب وهياج .
- ٢- يتجادل مع الكبار .
- ٣- يتحدى بقوة أو يرفض الامتثال لقواعد أو أوامر الكبار .
- ٤- يضايق الآخرين عن عمد .
- ٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء سلوكه .
- ٦- يتضايق بسهولة من الآخرين أى أنه سريع الغضب .
- ٧- يكون غاضباً ومستاءاً .
- ٨- يكون حاقداً ومحباً للانتقام .

ثانياً : أن تسبب هذه السلوكيات ضعفاً نو دلالة من الناحية الكليينكية ، وذلك في الأداء الوظيفي الاجتماعي والأكاديمي أو الأداء المتعلق بالعمل .

ثالثاً : لا تحدث هذه السلوكيات على وجه الحصر أثناء المسار المرضي لاضطراب ذهاني أو اضطراب الحالة المزاجية .

رابعاً : لا تتوافر الموصفات الخاصة باضطراب المسلك Conduct Disorder وإذا كان الفرد في الثامنة عشرة من العمر أو أكثر لا تتوافر الموصفات الخاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

والحدود الفاصلة بين ما هو عادى أو طبيعي مسألة عليها نقاش أو جدال ، فعلى سبيل المثال لا يوجد تحديد واضح للتصرفات التي ستتطبق عليها معيار تشخيصي معين ؛ ولهذا السبب يؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية على أن هذه السلوكيات لا تحدث بين الحين والآخر فقط ، بل أنها تحدث أيضاً بطريقة متكررة أكثر من أى شيء آخر نمطي أو عادى بالنسبة للأطفال الذين في عمر زمني مماثل وفي مستوى نمو مماثل أيضاً ، ولأن درجة وتكرار كل سلوك من هذه السلوكيات التي يمكن اعتبارها عادية أو طبيعية لم يتم تحديده ، فإننا نشعر بأن هناك قدر كبير يعتمد على الشخص الذي يقوم بعمل التشخيص بخصوص ما يعتقد أنه سلوكاً طبيعياً بالنسبة للأطفال في أعمار معينة ، ويمكن أن يمثل ذلك مشكلة عندما يعتمد الكلينيكي على التقارير التي يقدمها الوالدين أو المعلمين ، بدلاً من ربط هذه المعلومات بمصادر أخرى للبيانات وعلى وجه الخصوص الملاحظات السلوكية .

ومن المهم عند تقييم سلوك الأطفال الصغار أن نضع في اعتبارنا التغيرات الطبيعية في السلوك التي تحدث عبر مراحل النمو ، ففي مراحل النمو الأولى يتصرف الأطفال بطريقة طبيعية وبأسلوب ينم عن العناد بدرجة كبيرة في أوقات كثيرة ، ويتطور الأمر إلى أن يعتقد أهلهم أحياناً أن كلمة " لا " هي الكلمة المفضلة لديهم ، وعلى الرغم من أنه قد يكون من الصعب أحياناً العيش مع هذا النوع من الأطفال ، فإن ذلك هو علامة على النمو الطبيعي ، وإذا لم يكن الأهل مدركين لهذه الأنماط المتعلقة بالنمو ،

فربما يخاطرون بوصف أطفالهم بطريقة خاطئة ، وبالتالي يخلقون مشكلة بدلاً من حلها .

وعندما يحدث اضطراب العناد والتحدي في السنوات اللاحقة لفترة ما قبل المدرسة من عمر ٤ سنوات إلى ٦ سنوات ، ربما يكون ذلك إشارة أو توضيح لوجود مخاطرة كبيرة من جراء حدوث مشكلات لاحقة وخاصة إذا حدث ذلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder ، ومع ذلك ففي متابعة لمدة أربع سنوات لمجموعة من الأطفال الذين تم تشخيصهم في البداية بما يفيد وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي كان نصفهم فقط هو الذي تم تصنيفه على أن لديه اضطراب العناد والتحدي ، وكان هناك فرد واحد فقط من المجموعة تطور لديه الأمر وأصبح لديه اضطراب المسلك ، وبالتالي فعلى الرغم من أن اضطراب المسلك قد يسبقه اضطراب العناد والتحدي فهناك نسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي والذين تطور بهم الأمر ليصبح لديهم اضطراب المسلك (كلارك Clarke ، ٢٠٠٩) .

و يظهر الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي سلوكاً يتسم بالمجادلة والعصيان ، ولكنهم على عكس الأطفال ذوي اضطراب المسلك يمكن أن يكونوا عدوانيين ويميلون إلى تحطيم ممتلكات الآخرين ، وعلى عكس الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي ليسوا عدوانيين نحو الآخرين أو الحيوانات ، ولا يدمرون الممتلكات ، ولا يظهرون نمطاً يعبر عن السرقة والخداع ،

والعديد من أعراض اضطراب المعارضة والتحدي يمكن رؤيتها في الحالة التي سنعرضها لصبي يبلغ من العمر ٩ سنوات ويدعى جيرمي Jeremy ، كان جيرمي من الصعب السيطرة عليه منذ دخوله الحضانة ، ولقد تصاعدت المشكلات لديه بدرجة بطيئة فحينما لا تكون عليه رقابة وثيقة يقحم نفسه في المشاكل ، ففي المدرسة يضايق ويركل الأطفال الآخرين ، ويعرقلهم ويعوقهم عن السير ويشتمهم ، ولقد تم وصفه على أنه عصبي المزاج وسريع الغضب حتى على الرغم من أنه في بعض الأوقات كان يبدو أنه يستمتع بالمدرسة ، وغالباً ما كان يبدو أنه يحاول عن عمد أن يضايق الأطفال الآخرين على الرغم من أنه يدعى أو يزعم دائماً بأن الآخرين هم الذين بدأوا المجادلة والنزاع معه ، وكان بين الحين والآخر يتبادل اللكمات مع طفل آخر ، وأحياناً يرفض جيرمي أن يفعل ما يطلبه منه المدرسون ، ونظراً لأن تحصيله الدراسي منخفض كان عليه أن يحضر دروساً إضافية بعد وقت المدرسة في الرياضيات والعلوم والفنون ، وكان يقدم الكثير من الأسباب وراء عدم حضوره أو تغيبه ، ويتجادل عندما يخبره أحد بأنه كان ينبغي عليه القيام بعمل ذلك ، وفي البيت كان سلوك جيرمي متبايناً تماماً ففي بعض الأحيان يكون وقحاً مع والدته ويتحداها ، ويحتاج إلى شخص يذكره بأن ينفذ المطلوب منه عدة مرات قبل أن يقدم على عمل ذلك على الرغم من أنه يمثل في النهاية ، وفي أيام أخرى يتطوع للمساعدة ولكن الأيام التي لا يقدم فيها المساعدة لها الغلبة أو الأكثرية ، وذكرت والدته أن أقل شيء يقلقه ، أو يكدره ويجعله يصيح ويصرخ ، وتم وصف جيرمي على أنه حقود ووضيع أو حقير مع أخيه الصغير ، كما ذكرت أمه أيضاً أنه يكذب كثيراً وذلك على الرغم من أنه عندما يتم الضغط عليه يكون صادقاً بشأن الأمور الهامة ، وفي سن التاسعة أحضرته والدته إلى عيادة الصحة النفسية وذلك بسبب

استمراره في عصيانه المتزايد والمشكلات التي يسببها في المدرسة ،
وذكرت أن هناك العديد من المشكلات أو الأحداث التي حدثت خلال الشهر
الماضي التي دفعت والدته جيرمي لأن تفعل شيئاً بشأن سلوكه ، ومنذ عدة
أسابيع مضت صاح في مدرسة وتعدى عليه بالقول ، وتم طرده من المدرسة
لمدة ثلاثة أيام ، وبعد هذه الواقعة بأسبوع وبخته الشرطة لركوبه دراجته
البخارية ذات الثلاث عجلات على الطريق السريع ، وهذا أمر حذرته منه
والدته مراراً وتكراراً ، وفي اليوم التالي أخفق أو فشل في استخدام الفرامل
ودخل بدراجته في فاترينة متجر وهشما ، ولم يتم القبض عليه في أي واقعة
أخرى خطيرة على الرغم من أنه في إحدى المرات كسر فاترينة عندما كان
يركب مع صديق له ، ولقد كان جيرمي صعب المزاج منذ التحاقه بالحضانة
فمنذ ذلك الوقت تصاعدت المشكلات ببطء ، فحينما لا تكون عليه مراقبة
شديدة فإنه يسبب المشكلات ، ولقد تم توبيخه رسمياً في المدرسة لمضايقته
وركبه للأطفال الآخرين ، وتوجيه الشتائم والإهانات لهم ، ودفعهم ليقعوا
على الأرض ، وتم وصفه على أنه ذو مزاج سيء ، وسريع الغضب حتى
على الرغم من أنه في بعض الأحيان كان يبدو أنه يستمتع بالمدرسة ، وفي
أغلب الأوقات كان يبدو أنه يحاول مضايقة الأطفال الآخرين عن عمد على
الرغم من أنه كان يزعم دائماً بأن الآخرين هم الذين يبدعوا الشجار معه ،
ولم يكن جيرمي متورطاً في مشاجرات خطيرة ، ولكنه بين الحين والآخر
كان يسدد اللكمات للأطفال الآخرين (سبيتزر وآخرون Spitzer et al. ،
١٩٨٩) .

وتبدأ أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة في سن مبكرة أثناء أو
عندما يبدأ الطفل في المشي وفي سنوات ما قبل المدرسة ، ومع ذلك هناك
بعض الأطفال الذين يظهر لديهم أعراض الاضطراب ولكنهم يتخلصون من

هذه الأعراض أو السلوكيات قبل مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة المبكرة ، إلا أن هناك مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ولا سيما الأطفال الذين يميلون إلى العدوان يستمرون في الاضطراب ليصبح لديهم اضطراب المسلك ، وفي الحقيقة يبدو جميع الأطفال تقريباً الذين تتطور معهم الحالة ليصبح اضطراب المسلك أثناء وجودهم في المدرسة الابتدائية كان لديهم اضطراب العناد والتحدي في السنوات المبكرة من حياتهم (بيوبر Bubier ، ٢٠١٠) .

وبصفة عامة لا يتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين عام ونصف إلى ثلاث سنوات عندما ينظر إلى السلوكيات المشابهة على أنها سلوكيات معيارية بالنسبة للمجموعة العمرية ، فمثلاً نوبات الغضب تعتبر معياراً من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن نوبات الغضب تعتبر سلوكيات شائعة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢ - ٣ سنوات ، وبعد سن الثالثة يصبح الأطفال أكثر قدرة على التعبير عن إحباطاتهم بطرق مقبولة من الناحية الاجتماعية ، ويتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي بشكل أفضل في السنوات المبكرة في المدرسة أو في سن ما قبل دخول المدرسة (ألزوف وآخرون Althoff et al. ، ٢٠٠٣) .

نسبة الانتشار :

يُعد البنين أكثر احتمالاً وعرضة من البنات لأن يتم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك لديهم ، فالبنين يفوقون البنات بواقع ثلاث مرات ، ونفس النسبة تنطبق أيضاً على اضطراب العناد والتحدي (أنجولد وآخرون Angold et al. ، ٢٠٠٢ ؛ موجان وآخرون Maughan et al. ، ٢٠٠٤) ، ومما يؤكد ذلك أن أسباب هذه الاضطرابات تتواجد وتكرر بدرجة أكبر في

حالة البنين عما هو في حالة البنات ، يضاف إلى ذلك أن الأولاد الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون عدوانيين من الناحية الجسمية بدرجة أكبر عما هو في حالة البنات اللاتي لديهن اضطراب المسلك (موجان وآخرون Maughan et al. ، ٢٠٠٠) .

ولقد اقترح بعض الباحثين أن السلوك العدواني المعادي للمجتمع لا يكون أكثر ندرة في الفتيات فهو يبدو مختلفاً فقط ، فالعدوان عند الفتيات يكون غير مباشراً بدرجة أكبر ولفظياً وليس بالأحرى بدنياً ويتسم بالنبذ والمقاطعة والعزلة وتشويه السمعة ، فالفتيات يبتعدن عن رفيقاتهن ويتحدثن في غيابهن مع أخريات لتشويه الحالة الاجتماعية لصديقاتهن المستهدفات ، ومع ذلك فإن الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مثل الأولاد الذين لديهم هذه الاضطرابات يتعرضن لمخاطرة من جراء حدوث مشكلات حادة في حياتهم ، والفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك مثل الأولاد تماماً الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركن في السرقة والكذب وسوء استخدام المادة (تيت وآخرون Tiet et al. ، ٢٠٠١) .

والدراسات الطويلة الأجل التي تناولت الفتيات اللاتي تم تشخيصهن بما يفيد وجود اضطراب المسلك لديهن أظهرت أن هؤلاء الفتيات في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد يظهرن معدلات عالية في الاكتئاب ، واضطراب القلق ، والمشكلات الزوجية الشديدة ، والنشاط الإجرامي ، واحتمال تعرضهن للحمل المبكر المفاجئ (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠١) .

ويُعد اضطراب المسلك أخطر في تتابعه أو نتائجه من اضطراب العناد والتحدي ، ويرجع ذلك إلى انتهاك المعايير المجتمعية الهامة ، والاستخفاف بحقوق الآخرين ، وتتضمن السلوكيات الملازمة لاضطراب المسلك عادة

الأعمال العدوانية التي تسبب الأذى أو تهدد الناس والحيوانات بإلحاق الضرر بهم ، أو السلوك الذي يسبب إتلاف الممتلكات ، كما يتضمن أيضاً الخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، والعديد من سمات هذه السلوكيات لابد أن تحدث في السنة الماضية أو لابد أن يمر عليها عام كامل ، وإن يكون أحد هذه السلوكيات على الأقل قد حدث خلال السنة شهور الماضية ، وذلك لكي يتم التشخيص بما يفيد وجود اضطراب المسلك .

عوامل المخاطرة :

تتضمن عوامل المخاطرة العوامل الفردية والأسرية والبيئية التي اتضح من البحوث أنها تزيد من مخاطرة الطفل فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية المستقبلية ، وعلى الرغم من أن هناك نسبة تتراوح من ٢٠% : ٣٠% من المراهقين الذين يرتكبون أعمال عنف فهناك من ٥% : ٨% فقط من الذكور ، ٣% : ٦% من الإناث يكونون مسئولين عن معظم هذه الأعمال (إليوت Elliott ، ١٩٩٤) .

ومعرفة سمات هؤلاء الشباب ، ولاسيما السمات التي تفيد في تحديد التدخلات العلاجية الفعالة تسهم إلى حد كبير في خفض أو تقليل معاناتهم وما يرتبط بذلك من صعوبات أكاديمية يمرون بها .

١ - عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة شديدة :

يعد السلوك المعادى للمجتمع المبكر الحدوث (على سبيل المثال : السرقة ، وتدمير الممتلكات ، والمعاشرة الجنسية المبكرة ، وبيع المخدرات) منبئاً قوياً بالمخالفات المستقبلية بالنسبة للذكور ، وليس بالضرورة بالنسبة للإناث ، فالسلوك المنحرف المبكر الحدوث ينبئ بطريقة متسقة بالعنف الخطير والمزمن إلى حد كبير جداً (تولان وتوماس Tolan & Thomas ،

. (١٩٩٥) .

وفي سن الطفولة المبكرة فإن التهم السابقة والعنف تزيد من الانحراف في المستقبل ، فأوضحت نتائج إحدى الدراسات أن ٥% من الأولاد الذين تم إدانتهم في جرائم عنف فيما بين سن ١٠ سنوات ، ٦١ سنة تم إدانتهم مرة أخرى بارتكاب جرائم عنف عند بلوغهم سن ٢٤ سنة ، وذلك بالمقارنة بـ ٨% من الأولاد الذين لم يتم إدانتهم بهذه الجرائم (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ، وأيضاً فإن مشكلات التأديب والانتضباط في الأعمار من ٨ - ١٠ سنوات ومشكلات المسلك التي تم ذكرها في التقارير الذاتية في سن ١٤ سنة ، وتدخين السجائر المستمر في نفس السن ، والمعاشرة الجنسية في سن ١٤ سنة أيضاً ، كل ذلك ينبىء بحدوث العنف فيما بعد عند الذكور (فارنجتون Farrington ، ١٩٨٩ ؛ هيلارسكي Hilarski ، ٢٠٠٤) .

والتاريخ المبكر الذي يفيد بوجود سلوكيات مسببة للمشكلات ، وبوجود انحراف ينبغي أن يؤخذ مأخذ الجد يزيد أيضاً من عوامل المخاطرة العالية وذلك لأن هؤلاء الأطفال والشباب الذين لديهم نسبة مخاطرة عالية لا يميلون إلى أن ينموا أو يكبروا مع وجود هذه السلوكيات ، وقد يتطلب ذلك المزيد من التدخل العلاجي المكثف والمستمر (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

- الرفاق المعادون للمجتمع :

يساهم الأقران المنحرفون بدرجة كبيرة في الانتشار العام للانحراف والسلوك المعادى للمجتمع ، فالمرافقون الذين لديهم اضطراب المسلك يندرجون من أسر تتفاقم فيها المشكلات في المقام الأول ، ويتم نبذهم بين الحين والآخر من جانب الأقران ذوي السلوك المنضبط الذي يراعى قيم وتقاليد المجتمع ، ونتيجة لنبذهم ينجذبون للأصدقاء المنحرفين أو للشباب

الذي لديه تاريخ إجرامي طويل ، وعلاوة على ذلك فإن العصابات مسئولة أيضاً عن نسبة كبيرة من الجرائم العنيفة والخطيرة (فيتارو وآخرون Vitaro et al. ، ٢٠٠١) ، وهكذا يتضح أن التورط مع العصابات يضيف مستوى آخر للمخاطرة يتعدى الأقران المنحرفين ، ومن الناحية الكلينيكية يكون من السهل توجيه الأطفال نحو السلوك الجيد الذي يتفق مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع وذلك قبل مرحلة المراهقة .

- الروابط الاجتماعية :

يمارس الأطفال الذين يعانون من النبذ المبكر من جانب الأقران أعمال العنف والبلطجة كرد فعل لنبذهم وعدم اشتراكهم في الأنشطة الجماعية ، ويكون سلوكهم داخل الفصل الدراسي مشيناً ، كما يكونوا عدوانيين في تعاملهم مع الآخرين ، وبالتالي فإن النبذ من جانب الأقران يزيد من مخاطرتهم بالنسبة لمشكلات المسلك المستقبلية .

- استخدام المادة :

يؤدى التدخين المبكر للسجائر ، وشرب المواد الكحولية في سن مبكرة أو أي استخدام آخر للمادة ولاسيما قبل سن ١٢ سنة بوجود مخاطرة أكبر تتعلق بمشكلات المسلك في المستقبل ، وربما يرجع ذلك إلى أن تأثير المادة يزيد من العنف إما من خلال السكر أو الانسحاب وبصفة عامة يزيد من السلوك المعادى للمجتمع .

- الوالدان المعاديان للمجتمع :

ينبئ وجود أم مدانة في جريمة أو أب مجرم بدرجة دالة بإدانة الأبناء وخاصة الذكور في جرائم مشابهة ، وأوضحت نتائج إحدى الدراسات أن الشباب الذي تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٨ - ٢٣ سنة والذين أدين

والديهم في جريمتين على الأقل كانوا أكثر احتمالاً أن يرتكبوا أعمالاً إجرامية عنيفة (ليندلي Lindley ، ٢٠٠١) .

٢- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة متوسطة :

- العدوان المبكر :

لاحظ عدد كبير من الباحثين وجود استقرار واستمرار في حدوث السلوكيات العدوانية المبكرة عند الذكور (لوبير وهاي Loeber & Hay ، ١٩٩٦) ، ومع ذلك فوجود أسلوب عدواني للتفاعل يكون نذير أولى فالباحث المستمر عن الانتباه في سن ١٢ شهراً وجد أنه يرتبط بعدم الامتثال في سن ١٨ شهراً ، وبالعدوان في سن ٢٤ شهراً (شاو وفوندر Shaw & Vondra ، ١٩٩٥) ، ومن الجدير بالذكر أنه في إحدى الدراسات كان ثلثي الأولاد الذين تتراوح أعمارهم من ١٠ - ١٣ سنة والذين يتسم سلوكهم بالعدوان حسب تقديرات المعلمين ، يملكون سجلاً إجرامياً من العنف وذلك عندما يبلغون السادسة والعشرين من عمرهم ، وهذا الارتباط لا ينطبق على الفتيات (لوبير وهاي Loeber & Hay ، ١٩٩٦) .

- الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية للأسرة :

أظهرت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين تدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي والجريمة وهذا يعني أن الأسر الفقيرة والأحياء الفقيرة ترتبط بالانحراف ، وهذا يعتبر أمراً سياقياً بدرجة كبيرة وليس بالضرورة سببياً ، ورغم ذلك وجد فرقاً بين الأسر الفقيرة في المناطق الداخلية في المدن وغيرها من الأحياء الأخرى الفقيرة في المناطق الحضرية ؛ حيث وجد أن المجتمعات داخل المدن بها معدلات للانحراف تزيد بواقع ٢.٥ مرة عن المتوسط القومي (تولان وجرومان سميث Tolan & Gorman-Smith ، ١٩٩٧) ، وعلاوة على ذلك فإن الأسر التي تتميز بالعزلة الاجتماعية

الضعيفة ، والفقر من المحتمل بدرجة كبيرة أن يحدث فيها إساءات جسدية للأطفال مما يزيد من مخاطرتهم للعدوان (ليندلي Lindley ، ٢٠٠١) ومن منظور الصحة العامة وجد أن الأسلوب الوالدي الجيد ، والبيئة الأسرية المستقرة ، والنمو والصحة الجيدة يمكن لكل ذلك أن يخفف من الإنهاك والضعف والبطالة ، وبالتالي فإن الارتباط المدرك للفقر مع الجريمة يمكن تبريره فقط إذا كان هناك قابليات بيولوجية واجتماعية نفسية تعمل معاً (رايني وآخرون Raine et al. ، ٢٠٠٥) .

– السمات السيكلوجية :

تشمل هذه السمات مستوى النشاط العالي في الإقدام على المخاطرة ، والاندفاعية ، والمدى الانتباهي القصير ، وهذه المعالم جميعها أوضحتها دراسة سويدية عن الأولاد في سن ١٣ سنة ، والذين وجد أن معدل القبض عليهم كان أعلى من جراء ارتكابهم لأعمال العنف عند بلوغهم السادسة والعشرين من العمر ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأولاد الذين لا يوجد لديهم هذه السمات (كلينتبرج وآخرون Klinteberg et al ، ١٩٩٣) ، وتوحي هذه النتيجة أن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ترتبط بسمات مثل البحث عما هو جديد ومثير بدرجة كبيرة (مع سلوك اندفاعي وشديد الاضطراب والهياج) ، والاعتماد المنخفض على الإثابة أو التعزيز (أي أن الشخص يكون منعزلاً عن الناس ومستقلاً) ، وتجنب أو تفادي الضرر بدرجة منخفضة (أي عدم الخوف والجرأة) (كولونجر وآخرون Cloninger et al. ، ١٩٩٣ ؛ فان ديميري وآخرون Van der Meere et al. ، ٢٠٠٥) .

والدراسات السابقة ربطت بين النشاط الزائد والاندفاعية وحدث السلوك العنيف فيما بعد ، كما اقترحت هذه الدراسات أن المراهقين الذين

لديهم حالة مرضية مشتركة تتمثل في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يكونون في مخاطرة عالية من جراء حدوث سلوك مضطرب مزمن ومستمر (ليندلي Lindley ، ٢٠٠١) ، ولهذا فإن هذه الحالة المرضية المشتركة ينبغي الكشف عنها وتعقبها ومعالجتها بدرجة كبيرة وذلك في محاولة لتقليل المخاطر المستقبلية .

- العلاقة بين الوالدين والطفل :

تشمل هذه العلاقة الممارسات المتبعة في التأديب على سبيل المثال الممارسات غير المتسقة والعقابية ، والإشراف الرديء ، وانعدام الدفء النفسي ، والاتجاه السلبي نحو الطفل ، وأوضحت نتائج العديد من الدراسات أن هذه الممارسات الوالدية ترتبط بطريقة متسقة ودائمة بحدوث الانحراف وسوء استخدام المادة فيما بعد (ليندلي Lindley ، ٢٠٠١) ، وبالمثل فإن الإشراف المتدني والتفاعل الرديء بين الآباء والأبناء في سن الثانية وجد أنه ينبئ بحدوث العنف فيما بعد (فارنجتون Farrington ، ١٩٨٩) ، كما وجد أن الأسلوب الوالدي الإيجابي يحسن من النتيجة عندما تتواجد عوامل المخاطرة البيئية كال فقر والبطالة (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٨٩) ، ومن الناحية الكلينيكية فإن العلاجات التي تركز على الأسرة مثل العلاج الأسري الوظيفي ، وتدريب الوالدين على ضبط السلوك ، والعلاج متعدد النظم من أكثر العلاجات الواعدة في هذا الصدد .

- الاتجاه نحو المدرسة والأداء الأكاديمي :

يتضمن ذلك الاهتمام المتدني بالتعليم ، والتسرب من المدرسة ، والتحصيل الدراسي الرديء ، والهروب من المدرسة ، والإنجاز الدراسي الضعيف ، وأوجه العجز في الانتباه وقد ارتبطت هذه العوامل جميعها بمشكلات السلوك فيما بعد ، ويتم التوصية بعمل اختبارات نفسية عصبية

لأوجه العجز اللفظي ، وقياس نسبة الذكاء (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

- نسبة الذكاء :

أوضحت نتائج معظم الدراسات أن نسبة ذكاء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تكون في المتوسط أقل ثمان درجات أو نقاط من الأطفال العاديين أو غير المنحرفين حتى عندما يتم التحكم في متغيرات أخرى مثل المستوى الاجتماعي الاقتصادي والعمر الزمني ونوع التعليم ، والدافعية والجنس وهناك نتيجة متسقة أخرى مفادها أن نسبة الذكاء في الأداء (الذكاء الأدائي) Performance Intelligent Quotient تكون أكبر من نسبة الذكاء اللفظي Verbal Intelligent Quotient (لينام وآخرون Lyman et al. ، ١٩٩٣) وهذا يوحي بوجود صعوبات نوعية في اللغة وخلل نفسي عصبي محتمل لدى الأطفال والشباب الذين لديهم اضطراب المسلك .

٣- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة معتدلة (أقل من المتوسط) :

- عوامل أسرية أخرى :

تشير هذه العوامل إلى سمات مثل الضغوط الأسرية العالية ، والأسر الكبيرة العدد ، والتفافر الزواجي ، والأولاد الذين تربوا في أسر يكثر فيها النزاع كانوا أكثر احتمالاً بأن يتم إدانتهم بعد ذلك في جرائم عنف (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ، كما أن العلاقات الزوجية السيئة ، والصراعات البينشخصية ، والعدوان أهم ما يميز العلاقات الوالدية للأطفال الجانحين الذين يصدر عن سلوكيات مضادة للمجتمع ، ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن الحجم الأكبر للأسرة أي تضمناها لعدد كبير من الأفراد يزيد من مخاطر تعرض الأطفال للجنوح .

- البيوت المفككة أو المنحلة :

يتضمن هذا النمط الانهيارات الأسرية (على سبيل المثال الطلاق) ، والانفصال عن الوالدين لأسباب أخرى غير الطلاق ، وبصفة عامة إذا حدث الانفصال خلال طفولة الفرد يزيد من خطر تعرضه للانحراف أو الجناح ، والعلاقة بين الأسر المنحلة وعدوان الطفل أو الشباب تعتبر علاقة معقدة وذلك لأن الانفصال الأسري يحدث لأسباب كثيرة ، وعلى الرغم من ذلك فإذا حدث الانفصال بين الوالدين والطفل قبل سن ١٠ سنوات فإنه ينبئ بالإدانة في جرائم العنف في مرحلة المراهقة وما بعدها (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

- الإساءة الوالدية :

تتضمن الإساءة الوالدية جميع أنماط الإساءة مثل الإساءة النفسية ، والإساءة الجسمية ، والإساءة الجنسية بالإضافة إلى سوء المعاملة الوالدية والإهمال ، وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أنه بمقارنة الأطفال الذين لا يوجد لديهم تاريخ يدل على الإساءة بالراشدين الذين تمت الإساءة إليهم وهم أطفال أنهم كانوا أكثر احتمالاً لأن يرتكبوا جرائم عنف بدرجة أكبر مما هو الحال مع الخاضعين للدراسة من المجموعة الضابطة ، وأن الأفراد الذين تم إهمالهم وهم أطفال كانوا أكثر احتمالاً بدرجة كبيرة جداً لأن يتم القبض عليهم نتيجة ارتكابهم أعمالاً عنيفة ومضادة للمجتمع في مرحلة تالية من حياتهم (زينجراف وآخرون Zingraff et al. ، ١٩٩٣) ، وهكذا يمكن القول بأن الإهمال الذي هو من أكثر الأشكال شيوعاً وأعلامها مخاطرة بالنسبة للإساءة ينبغي النظر إليه على أنه مسألة صحية خطيرة لها مضامين لمنع العنف والإجرام .

وهكذا ؛ يتضح مما سبق أنه لا يوجد عامل واحد يمكن أن ينبئ بدقة

بمشكلات المسالك فالعوامل تتراكم أو تتجمع لتنتج أو تحدث قابلية متزايدة عند هؤلاء الأطفال ، والمثال الذي يوضح ذلك هو دراسة كامبريدج Cambridge Study عن النمو المنحرف (فارنجتون Farrington ، ١٩٩٧) التي تم فيها تتبع ٤١١ ولداً من أولاد الطبقة العاملة في مدينة لندن بانجلترا ممن تتراوح أعمارهم من ٨ - ٤٠ سنة ، وتم تحديد درجة القابلية للمخاطرة استناداً إلى عوامل المخاطرة كالتالي : التدخل المتدني للأسرة في سن ٨ سنوات ، والأسرة الكبيرة العدد عند سن ١٠ سنوات (٤ أو أكثر من الأشقاء والشقيقات) ، ونسبة الذكاء غير اللفظي المتدنية عند سن ٨ - ١٠ سنوات ، والأسلوب الوالدي الرديئ (التأديب القاسي أو التأديب المتناقض بشكل غير منطقي ، والصراع أو النزاع بين الوالدين) في سن ٨ سنوات ، وبالنسبة للأولاد الذين لا يوجد لديهم عوامل مخاطرة ازدادت الإدانات بالنسبة لأعمال العنف بنسبة ٣% فقط مقارنة بالخاضعين للدراسة في المجموعة الضابطة ، ومع ذلك فوجود أربعة إلى خمسة عوامل زاد من مخاطرة الفرد بنسبة ٣١% وبالتالي ، فالتفاعل بين عوامل المخاطرة الفردية والبيئية يحدد في الحقيقة التباين الكلي في نتيجة هؤلاء الشباب .

النتائج الخاصة بالكبار أو الراشدين :

ينخفض عدد المجرمين النشيطين عند دخولهم العشرينيات من العمر بنسبة تصل إلى حوالي ٥٠% ، وفي أواخر العشرينيات تكون هناك نسبة تصل إلى ٨٥% تقريباً من المنحرفين السابقين يكفون عن الإجرام أو السلوك المشين أو المضطرب ، وهذه العلاقة القائمة بين العمر وبين الجريمة تنطبق على الذكور كما تنطبق على الإناث بالنسبة لمعظم أنواع الجرائم ، وإذا تطلعنا إلى الأمام نجد أن معظم الأطفال ذوي المشكلات السلوكية مع التقدم في العمر لا يصبحون معادين للمجتمع (موجان ورويتز Maughan &

Rutter ، ٢٠٠١) ، ومع ذلك فإن النتائج الخاصة بالكبار تعتمد على نوع المشكلات السلوكية التي تحدث لهم أثناء مرحلتى الطفولة والمراهقة ، كما تعتمد أيضاً على عوامل المخاطرة وعوامل الحماية عند الطفل والأسرة والمجتمع (كوكو وبولكينين Kokko & Pulkkinen ، ٢٠٠٠) ، وعندما ينخفض السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الرشد فإن الأساليب البينشخصية القهرية قد تستمر أحياناً مع الأسرة وجماعة الأقران ، وهناك عدد كبير من الأطفال ذوى المشكلات السلوكية ولاسيما الأطفال الذين في المسار المستمر مدى الحياة عندما يكبرون يستمرون في عرض أو ممارسة السلوك الإجرامي ، والمشكلات النفسية ، وعدم التوافق الاجتماعي ، والمشكلات الصحية ، وفقدان الإنتاجية ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يظهروا تاريخاً يفيد عدم الاستقرار أو الاستمرار في العمل ، وفي العلاقات الاجتماعية ، وربما يرجع ذلك إلى المهارات الرديئة في الإنجاز ، ووجود مصاعب في التعامل مع زملاء العمل ، ومع المشرفين ، إلى جانب عدم القدرة على الاحتفاظ بعلاقات طيبة معهم ، كما يواجهون أيضاً مشكلات مع زوجاتهم ؛ حيث لا يستطيعون الحفاظ على التعايش بسلام وهدوء دون عنف مع شركائهم في الحياة فتزداد معدلات الطلاق بينهم ، ويكونون أكثر احتمالاً من غيرهم لأن يختاروا شركاء حياتهم من بين الأشخاص الذين يتشابهون معهم في السمات المعادية للمجتمع (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠٢) .

وفي دراسة تتبعية للنساء الشابات اللاتي يظهرن مشكلات حادة في المسلك في مرحلة المراهقة وجد أن معظمهن يداوم على إظهار المشكلات السلوكية ، وكانت الغالبية العظمى منهن لديهن اضطراب الاكتئاب ، واضطراب القلق ، وأن ٦% منهن تم حبسهن في حوادث عنف ، وثلاثهن

كانوا حوامل قبل سن ١٧ سنة ، ونصفهن تمت إعادة القبض عليهن (تم القبض عليهن من جديد) وكثير منهن عانين من إصابات جسدية خطيرة أو بالغة ، وفيما بين عام ١٩٨٨ ، ١٩٩٧ وصلت معدلات القبض على المسيئين أو المجرمين الصغار Young Offenders الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ - ١٢ سنة لإقدامهم على جرائم العنف قد ازدادت بنسبة ٤٥% ، وبالنسبة لانتهاكات أو مخالفات تعاطي المخدرات كانت النسبة ٦٥% (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

وتوضح نتائج البحوث أن الأطفال الذين يحدث لهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي في سن مبكرة يكونون في مخاطرة متزايدة لتعرضهم للإساءة من جانب والديهم والتسرب من المدرسة والاكتهاب وسوء استخدام المخدرات والعنف والاشتراك في جرائم مع الكبار والتفكك الأسري وغيرها من الاضطرابات النفسية التي يسهل تشخيصها (وبيستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ ب) .

ويرى أصحاب النظريات النمائية Developmental Theories أن الأطفال الذين يظهرون أولاً أعراض اضطراب العناد والتحدي في سنوات ما قبل المدرسة يكونون في مخاطرة بواقع مرتين أو ثلاث مرات في أن يصبحوا مجرمين أكثر عنفاً ؛ حيث يستمر معهم أو تلازمهم هذه السلوكيات المشينة (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٩١ ؛ لانجـون وجليـكمان Langone & Glickman ، ٢٠٠٦) ، وهذا يعني أن الأطفال الذين يبدأ اضطراب المسلك لديهم في سن مبكرة ينتهجون الكثير من الأعمال الانحرافية في مرحلة الرشد بما في ذلك العنف البيئـشخصي ، وسوء استخدام المادة ، وجرائم نهب الممتلكات .

التكاليف الاجتماعية والاقتصادية :

يظل العالم مكاناً يمثل تهديداً وخطورة للأطفال والشباب ، وفي بلدنا اليوم نجد أن أكبر تهديد لحياة الأطفال ، والمراهقين ليس المرض أو المجاعة ولكنه يتمثل في الواقع الرهيب للعنف ، وفي تقرير نشرته خدمات الصحة الأمريكية العامة بالولايات المتحدة الأمريكية عن عنف الشباب أوضح التقرير أن التكاليف المذهلة التي تتفوقها الخدمات التعليمية والصحية والمحاكم الجنائية والخدمات الاجتماعية ، ومؤسسات الصحة النفسية التي تتعامل مع الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي تجعل السلوكيات المنافية للمعايير الاجتماعية أكبر مشكلة صحية ونفسية مكلفة في أمريكا (هينشو ولي Hinshaw & Lee ، ٢٠٠٣) .

وعلى الرغم من أن الأعمال المعادية للمجتمع تعتبر ظاهرة عامة عند الشباب ، فإن النمط المبكر والسائد للسلوك المعادى للمجتمع يحدث فقط في حوالي ٥% من الأطفال ، هؤلاء الأطفال يسببون ضرراً كبيراً جداً يتمثل فيما يزيد على ٥٠% من جميع الجرائم التي تحدث في الولايات المتحدة الأمريكية ، وحوالي ٣٠% - ٥٠% من الأفراد المحولين للعلاج في المستشفيات (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ٢٠٠٠) ، يضاف إلى ذلك أن أكثر من ٢٠٠٠ من الأحداث تم القبض عليهم لارتكابهم جرائم قتل ، وجرائم قتل خطأ (قتل غير مشروع دون سبق الإصرار) ، وأكثر من ١٠٠.٠٠٠ حدث لارتكابهم جرائم عنف أخرى ، وهناك عدد كبير جداً من المراهقين الذين يموتون بالأسلحة النارية ، وهذا العدد يفوق عدد الذين يموتون نتيجة المرض ، كما أن هناك الكثير من الضحايا من جميع الأعمار يموتون نتيجة أعمال العنف التي يرتكبها المراهقون ، وفي كل يوم دراسي نجد أن آلاف الطلاب يمكثون في البيت ليس بسبب المرض ولكن بسبب

الخوف من أن يطعنوا أو يطلق عليهم الرصاص أو يتم ضربهم (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتعتبر التكاليف بالنسبة للطفل الذي لديه اضطراب سلوكي تكاليف عالية أو باهظة ، فالسلوكيات المشينة ترتبط بالتحصيل الدراسي الرديء ، والتقدير المتدني للذات ، والمهارات الاجتماعية الرديئة ، وعدم القدرة على التحمل ، والإحباط ، والأعراض المرضية الاكتئابية ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة أن يميل الأطفال ذوي اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي إلى الهروب من المدرسة ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة أيضاً أن يكون لديهم مشاكل مع الشرطة ، والكبار أو الراشدين من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم معدلات متزايدة في سوء استخدام المادة ، وانهيار العلاقات الاجتماعية ، والبطالة ، وهؤلاء الكبار من المحتمل بدرجة كبيرة أيضاً أن يرتكبوا الجرائم ويسببوا إلى أطفالهم (رود وآخرون Rohde et al. ، ٢٠٠٤) .

ويعتبر اضطراب العناد والتحدي مكلفاً جداً من حيث أنه شكلاً لحالة مرضية نفسية في المجتمع ، وهذه التكاليف تتمثل في التكاليف المادية ، التي تشمل المصاريف أو التكاليف المتعلقة بالحبس أو الإقامة لمنع المزيد من الإساءات أو المخالفات التي يرتكبها الأطفال ذوي اضطراب المسلك والذين يرتكبون أعمال انحرافية خطيرة ، وتشمل أيضاً التكاليف المادية إصلاح المدارس التي يتم تخريبها نتيجة لأعمال العنف والشغب ، وتشمل التكاليف أيضاً التكاليف الاجتماعية وبيئات التعلم غير الكافية وغير الآمنة التي يتم إيجادها في المدارس عن طريق سلوكيات الكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي ، والأطفال الذين يظهر عليهم اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك قد يعانون من تدمير العلاقات الأسرية وكذلك

تدمير العلاقات مع الأقران ، أو الرفاق والمعلمين ، وتعتبر التكلفة الاقتصادية لهذه السلوكيات عالية ، كما أن تكاليف التحويل إلى المراكز الصحية الموجودة بالمجتمع وزيارات الممارسين ، والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية ، ومراقبة المخالفين ، بالإضافة إلى تكلفة الممتلكات التي يتم إتلافها أو تدميرها ، ومن بين الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والذين تتراوح أعمارهم بين ٧ - ٨ سنوات يصبح ٤٠% منهم مخالفين للقانون بدرجة مستمرة وهم في سن المراهقة ، وما يزيد على ٩٠% من هؤلاء المخالفين للقانون باستمرار كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال (روي وآخرون . Rowe et al. ، ٢٠٠٥) .

عوامل الحماية :

تشير عوامل الحماية إلى التأثيرات التي يمكن أن تلغى أو تضعف من تأثير العوامل المساعدة على ظهور الاضطراب ، وهذه العوامل تعمل بطريقة ما على زيادة قدرة الفرد على المرونة أو التكيف ، وهذا يعني أن عوامل الحماية تتمثل في غياب العوامل المساعدة على ظهور الانحراف ويتم تعريف عوامل الحماية على أنها المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على ظهور الاضطراب ، والدراسات التي أجريت في هذا المجال ترى أن من أهم عوامل الحماية ما يلي :

- مجموعة العوامل التي تتعلق بسمات شخصية الفرد والتي تبدأ من مرحلة المهد وتستمر خلال مراحل النمو ، وتضم هذه المجموعة عدداً من العوامل مثل الذكاء العالي ، والمزاج أو الطبع المرن Resilient Temperament ، الالتزام الفردي بقيم ومعايير المجتمع ، والشعور بالكفاءة في المهارات المختلفة والثقة بالنفس والتقدير المرتفع للذات والتجاح المدرسي .

- مجموعة العوامل التي تتعلق بالأسرة والمجتمع وتضم هذه المجموعة العلاقات الإيجابية والودية مع الكبار التي تتمثل في التفاعلات الموجبة والدفع وتقديم النصيحة المخلصة ، والالتزام الأسرى بالقيم والمعايير الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية الموجبة مع الآخرين ، والاشتراك في الأنشطة الجماعية الموجبة ، والحماية التي تقدمها المنظمات المجتمعية المعتمدة التي تقدم الحماية والرعاية .

- مجموعة العوامل التي تتعلق بالمساندة أو الدعم الخارجي وتضم هذه المجموعة مجموعة الأقران المنضبطة ، والمساندة التي يحصل عليها الفرد من الأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة له ، وتقديم النصيحة المخلصة من جانب الكبار ، وكذلك المؤسسات المجتمعية القوية والثابتة على سبيل المثال المسجد ، والكنيسة ، والمنظمات الموجودة في الأحياء .

الإسهامات البيولوجية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :
أوضحت نتائج الدراسات أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي من المحتمل بدرجة أكبر من الأطفال العاديين أن يكون لديهم أنماط للشخصية المعادية للمجتمع ، كما أن آبائهم أيضاً من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم تاريخ يفيد بالقبض عليهم لارتكابهم جرائم عنف ، وانتهاك للقوانين ، وسوء استخدام المادة ، كما أن أمهاتهم يكون لديهن تاريخ يفيد بتعرضهن للاكتئاب (سميث وفارنجتون Smith & Farrington ، ٢٠٠٤) ، وهذا يعنى أن السلوك المعادى للمجتمع يحدث بدرجة كبيرة في أسر وعائلات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي .

والدراسات التي تناولت التوائم والتبني أوضحت نتائجها أن اضطراب

المسلك واضطراب العناد والتحدي ينتقلان بالوراثة ، فعلى سبيل المثال كشفت إحدى الدراسات التي اعتمدت على مجموعة كلية قوامها ١١١٦ زوجاً من التوائم الذين تبلغ أعمارهم ٥ سنوات أن ٨٢% من أفراد العينة يرجع اضطراب المسلك لديهم إلى العوامل الوراثية (ارسينالت وآخرون Arseneault et al. ، ٢٠٠٣) .

وأوضح عدد كبير من الباحثين أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك لديهم أوجه عجز عصبية Neurological Deficits كبيرة في الفصوص الجبهية Frontal Lobes وأنظمة المخ Brain Systems التي تتعلق بالتحكم في السلوك ، وأحد الأدلة التي توضح أن أوجه العجز العصبية تلعب دوراً في تطور وحدوث اضطراب المسلك هي الحقيقة التي تفيد بأن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (كلارك Clarke ، ٢٠٠٩) .

يضاف إلى ذلك أن الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم مشكلة في الحفاظ على الانتباه ، ويميلون إلى أن يكونوا سريعى الغضب ومندفعين في تصرفاتهم ، وهذه المشكلات يمكن أن تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك ، وخاصة عندما يتسبب الفشل الأكاديمي في الطرد من المدرسة ، والنزاع من جانب الأقران ، وأحد مصادر أوجه العجز العصبية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال قد تكون التعرض لسموم المخدرات أثناء وجودهم في الرحم ، وتؤدي أوجه العجز العصبية هذه بعد ذلك إلى سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويليها سلوك عدواني متزايد مضاد للمجتمع بدرجة شديدة عندما يكبر الطفل ، وهناك دليل آخر على أن العوامل البيولوجية تتسبب في حدوث

اضطراب المسلك ، وهو أن علامات الاضطراب تظهر لدى الأطفال الذين يتم تشخيصهم حتى في مرحلة الرضاعة ، فالأطفال الذين يحدث لهم اضطراب المسلك يميلون إلى أن يكونوا أطفالاً متعبين أثناء الحبو أو تعلم المشي ، وهذا ما يذكره أهلهم (نولن - هويكسما Nolen-Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

وتذكر التقارير أنهم كانوا أطفالاً سريعى الغضب ومرهقين ولا يمتلكون لطلبات أو أوامر أهلهم ، وكانوا اندفاعيين ولم يكن لديهم القدرة للسيطرة على تصرفاتهم أو التحكم في سلوكهم ، وكانوا يتجاوبون مع الإحباط بالعدوان ، وهذا كله يوحي بأن الأطفال الذين تم تشخيصهم يولدون ذو طبع أو مزاج صعب يدل على أو ينذر بالسلوكيات المعادية للمجتمع التي سيتورطون فيها عندما يكبرون (فريك وموريس Frick & Morris ، ٢٠٠٤) .

وإحدى الطرق التي يتعلم من خلالها الأطفال أن يسيطروا على سلوكهم هي ربط العقاب بالسلوك غير المرغوب ، والمكافآت بالسلوك المرغوب ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يجدون صعوبة في التعلم من أسلوب العقاب والإثابة أو المكافأة وذلك لأنهم يثارون بدرجة أقل من الأطفال الآخرين من الناحية الفسيولوجية ولقد أظهرت بعض الدراسات أن الأولاد ذوي السلوك العدوانى وذوى السلوك المضطرب يكون لديهم مستويات منخفضة جداً من الكورتيزول Cortisol وهو أحد الهرمونات الذي ينظم عمليات أيض الكربوهيدرات ويحفظ مستوى ضغط الدم ويتم إفرازه عن طريق محور الكظر النخاعى للمهيد أو تحت سرير المخ للجهاز العصبي الهرموني ، ويفسر مؤشراً لاستجابة الجسم للضغوط (ماك بيرنيت وآخرون ، ٢٠٠٠ ، McBurnett et al.) .

ودور هرمون السيروتونين Serotonin في حدوث السلوك العنيف كان الهدف الذي ركزت عليه الكثير من الدراسات التي أوضحت نتائجها أن الشباب الذي تكون مستويات السيروتونين لديه عالية في الدم وذلك بالنسبة للآخرين في مثل عمرهم الزمني كانوا أكثر احتمالاً لأن يرتكبوا جرائم عنيفة ، ومع ذلك لم ترتبط مستويات السيروتونين في الدم بالعنف لدى النساء (موفيت وآخرون. Moffitt et al. ، ١٩٩٨) ، ويرى عدد من الباحثين أن السلوك العدواني يرتبط بهرمون التستوسترون Testosterone (هرمون ذكرى تفرزه الخصية وهو مسئول عن الصفات الجنسية الثانوية) والتحليل البعدي للدراسات التي تناولت العلاقة بين هرمون التستوسترون والعدوانية وجدت ارتباطاً ضعيفاً ولكنه دال من الناحية الإحصائية (بوك وآخرون. Book et al. ، ٢٠٠١) ، وتوصل روى وآخرون. Rowe et al. (٢٠٠٤) أن الارتباط بين التستوسترون والعدوان يعتمد على السياق الاجتماعي للأفراد الذين يتم اختبارهم ، وفي دراسة أخرى توصل عدد من الباحثين إلى أن المستويات العليا لهرمون التستوسترون ترتبط بالأعراض المرضية لاضطراب المسلك وذلك لدى الأفراد الذين كان أقرانهم عرضة للاشتراك في سلوكيات منحرفة اجتماعياً وكذلك الأفراد الذين لم يكن أقرانهم يشتركون في سلوكيات منحرفة اجتماعياً ، وكان هرمون التستوسترون في نسبه الطبيعية مرتبطاً بالقيادة أو الزعامة ، وليس بالأحرى أعراض اضطراب المسلك .

الإسهامات الاجتماعية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

يوجد اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي بدرجة شائعة لدى الأطفال الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية والذين يعيشون في مناطق حضرية وذلك بدرجة أكبر مما هو الحال لدى الأطفال

الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة والذين يعيشون في مناطق ريفية (كوستيلو وآخرون Costello et al. ، ٢٠٠١) ، وربما يرجع ذلك إلى تأثير مجموعة من العوامل الأخرى التي تتمثل في المصادر المالية المحدودة للأسرة التي ينعكس تأثيرها على الإشراف الجيد على الطفل والرقابة الجيدة عليه ورعايته ، كما تزيد من الضغوط النفسية الواقعة على الأسرة التي تنعكس آثارها على جميع أفراد الأسرة صغاراً وكباراً ، ومن ثم يتعرض الأطفال الصغار لاضطراب المسلك .

وأجرى كوستيلو وآخرون Costello et al. (٢٠٠٣) دراسة قدمت دليلاً على الدور السببي للفقر في حدوث السلوك المعادي للمجتمع ؛ حيث تم تتبع ١٤٢٠ طفلاً في المناطق الريفية بولاية نورث كارولينا North Carolina لعدة سنوات ، وكان حوالي ربع هؤلاء الأطفال من الأمريكيين الأصليين ، وأثناء متابعتهم تم افتتاح كازينو يمتلكه بعض الأمريكيين الأصليين وساعد ذلك على توفير زيادة مفاجئة وكبيرة في الدخل لبعض أطفال هؤلاء الأمريكيين ، وأدى ذلك إلى انخفاض معدلات اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي بين هؤلاء الأطفال الذين استقادت أسرهم من دخل الكازينو مقارنة بالأطفال الذين لم تستقد أسرهم من العمل في الكازينو .

وترتبط نوعية الأسلوب الوالدي الذي يتلقاه الأطفال ولاسيما الأطفال الذين لديهم قابلية للنشاط الزائد واضطراب المسلك ارتباطاً دالاً بما إذا كان حدث لهم زملة الأعراض المرضية الكاملة لاضطراب المسلك (سميث وفارينجتون Smith & Farrington ، ٢٠٠٤) .

والأطفال الذين تم معاملتهم معاملة رديئة وإيذائهم بدنياً من جانب والديهم أو تم إهمالهم بدرجة شديدة كانوا أكثر احتمالاً لأن يحدث لهم سلوك

مشين ومنحرف (ستوثامير - لوبير وآخرون Stouthamer - Loeber et al. ، ٢٠٠١) .

وهناك متغير آخر له علاقة بذلك وهو عدم اشتراك الوالدين في شئون أطفالهم على سبيل المثال الأطفال الذين لا يعرف والديهم أصدقائهم أو ما يقومون به من أعمال أو تصرفات في المدرسة يكونون أكثر احتمالاً لأن يحدث لهم اضطراب المسلك ، وعندما يتفاعل والذي الأطفال نوى اضطراب المسلك مع أطفالهم ، فإن هذه التفاعلات تتسم بالعدوانية ، والعنف الجسمي والسخرية ، وصورة هذه الأسر هي صورة لا يتواجد فيها الوالدين مع أطفالهم في البيوت ، ولكن عندما يخطئ الأطفال بطريقة أو بأخرى يقوم الوالدين بصب غضبهم بعنف على هؤلاء الأطفال ، وهؤلاء الآباء أيضاً ينزلون العقاب البدني الشديد بأطفالهم ، ويكون ذلك بدرجة أكبر في حالة البنين عما هو في حالة البنات ، وقد يفسر ذلك جزئياً المعدل الأعلى لانتشار اضطراب المسلك عند الذكور (سميث وفارنجتون Smith & Farrington ، ٢٠٠٤) .

والأطفال الذين يعيشون في مثل هذه العائلات قد يتجهون أو يتحولون إلى أقرانهم أو رفاقهم لقد يتلقوا الحب والرعاية والاهتمام ، وفي نفس الوقت لكي يهربوا من أهلهم ، ولسوء الحظ فإن هذه الجماعات من الرفاق أو الأقران تتكون من أطفال آخرين لديهم اضطراب المسلك ، ومجموعة الرفاق أو الأصدقاء المنحرفين هذه تميل إلى تشجيع الأعمال الانحرافية بل وتوفير الفرص لممارسة مثل هذه الأعمال ، فعلى سبيل المثال فإن أفراد مجموعة الرفاق من المراهقين قد يشجعون عضواً حديثاً على ارتكاب حادثة سرقة لكي يوضح أو يثبت أنه رجل ويقدمون له السلاح وسيارة للهروب ، والأطفال الذين يصبحون جزء من مجموعة الأقران المنحرفين من المحتمل

بدرجة خاصة أن يبدعوا في سوء استخدام المشروبات الكحولية والمخدرات المحرمة أو الممنوعة والتي تؤدي بدورها إلى زيادة في الأعمال الإجرامية . ويرى سميث وفارنجتون Smith & Farrington (٢٠٠٤) أن الأطفال الذين لديهم ميول معادية للمجتمع يميلون إلى اختيار الرفاق الذين لديهم ميول متشابهة ، وعلى العكس فإن المراهقين والشباب الذين يعانون من اضطراب المسلك ولهم علاقات وثيقة مع الآخرين الذين لا يوجد لديهم مثل هذه المشكلات من المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يتعافوا من اضطراباتهم السلوكية ، والذكور الصغار في السن والمنحرفين الذين يتزوجون نساء شابات ليس لديهم أي تاريخ من المشكلات السلوكية يميلون إلى التوقف عن أعمالهم الانحرافية ولا يشتركون في مثل هذه الأعمال مرة ثانية .

والعوامل البيولوجية وكذلك العوامل الأسرية التي تساهم في حدوث اضطراب المسلك ربما تحدثان في زمن واحد ويوجهان مسار الطفل نحو السلوكيات المعادية للمجتمع التي يصعب التوقف عنها ، والمشكلات النفسية العصبية المرتبطة بالسلوك المعادي للمجتمع ترتبط باستخدام الأم للمخدرات والتغذية السيئة ، والتعرض للسموم ، وتناول المضادات الحيوية خلال الثلاث شهور الأولى من الحمل ، والتعرض لأشعة X في مرحلة ما قبل الولادة ، والأطفال الرضع والأطفال في سن المشي الذين لديهم مثل هذه المشكلات النفسية والعصبية يكونون سريعى الغضب ، ومندفعين ، ولديهم نشاط زائد ، ونقص في الانتباه ، ويصعب السيطرة عليهم ، كما أنهم بطيئي التعلم وذلك بدرجة أكبر من أقرانهم العاديين ، وهذا يجعل من الصعب على والديهم العناية بهم ، كما أن هؤلاء الأطفال يكونون في مخاطرة كبيرة من جراء المعاملة السيئة والإهمال من جانب والديهم ، بالإضافة إلى ذلك فإن أهل هؤلاء الأطفال من المحتمل أنهم كانوا يعانون من مشكلات نفسية

ساهمت في وجود أسلوب والدي لديهم يتسم بالغلظة ، وعدم الفاعلية ، وسوء التوافق ، وبالتالي فمن الممكن أن تكون لدى أطفالهم استعدادات بيولوجية لحدوث السلوك المشين والسلوك المعادي للمجتمع .

وفي دراسة طويلة تتبعية لمجموعة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٣ سنوات حتى مرحلة الرشد جمع موفيت وكاسبى Moffitt & Caspi (٢٠٠١) ، وموفيت وآخرون Moffitt et al. (٢٠٠١) المعلومات عن شكل من أشكال اضطراب المسلك يبدأ مبكراً في مرحلة الطفولة ويستمر ليتحول إلى شكل عنيف في مرحلة الرشد ، ووجدوا أن هذا الاضطراب هو نتيجة للتفاعل بين الاستعداد البيولوجي والمزاج أو الطبع الصعب ، وأوجه العجز المعرفية ، والبيئة الأسرية التي تتسم بأسلوب غير كافٍ ، والروابط الأسرية المفككة والمشتتة ، وعلى العكس فالمراهقين الذين يتسمون بأنهم ينتهكون للأعراف والنظام الاجتماعي السائد في المجتمع (معاداة المجتمع) يكونون أقل احتمالاً لأن يحملوا هذه التركيبة المدمجة لعوامل للمخاطرة البيولوجية والبيئية ، كما أوضحت نتائج دراسة أخرى قام بها لينام وآخرون Lynam et al. (٢٠٠٠) أن الاندفاعية لدى الذكور الذين يتربون في أحياء فقيرة تتسم بأعمال العنف ترتبط بمخاطرة كبرى من جراء الانحراف في مرحلة المراهقة المتأخرة فقط .

الإسهامات المعرفية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

يميل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك إلى تشغيل المعلومات عن التفاعلات الاجتماعية بطرق من شأنها أن تزيد من ردود الأفعال العدوانية لهذه التفاعلات ، فهم يدخلون في التفاعلات الاجتماعية بافتراض أن الأطفال الآخرين سيكونون عدوانيين نحوهم ، ويستخدمون هذا الافتراض لتفسير تصرفات أقرانهم ، فعلى سبيل المثال عندما يصطدم طفل بآخر مصادفة ،

فإن الطفل الذي لديه اضطراب المسلك يفترض أن هذا الاصطدام مقصوداً وهذا يعنى الاستفزاز للدخول في مشاجرة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يميلون إلى الاعتقاد بأن أى تصرفات سلبية يتخذها الأقران ضدهم مثل أخذ أقلامهم المفضلة تعتبر تصرفات مقصودة ، وليست بالأحرى تصرفات بالصدفة أو غير مقصودة ، وبالتالي يلجأون إلى الرد على هذا الاستفزاز من جانب الزميل ، كما أن الأطفال ذوى اضطراب المسلك يميلون إلى أن يفكروا في مجموعة صغيرة من الردود أو التصرفات ويتضمن ذلك عادة العدوان ، وعندما يتم الضغط عليهم لكي يفكروا في استجابات أخرى غير العدوان نجد أن هؤلاء الأطفال يعبرون عن استجابات أو تصرفات غامضة أو مبهمه فهم يعتقدون غالباً أن الردود أو التصرفات التي لا يتضمنها العدوان تعتبر بلا جدوى وغير جذابة أو غير مفيدة ، والأطفال الذين يفكرون في تفاعلاتهم الاجتماعية بهذا الأسلوب من المحتمل أن يتصرفوا بطريقة عدوانية تجاه الآخرين ، وبعد ذلك نجد أن الآخرين قد ينتقمون أو يقومون بأعمال انتقامية رداً على ذلك العدوان فنجد مثلاً أن الأطفال الآخرين يضربونهم ومن ثم يعاقبون من الوالدين أو المعلمين ، وينظر إليهم الآخرون بطريقة سلبية أو وضعية ، وبالتالي فإن هذه التصرفات من جانب الآخرين ربما تغذى افتراضات الأطفال بأن العالم ضدهم مما يجعلهم يسيئون تفسير الأعمال المستقبلية من جانب الآخرين ، وهذا يمكن أن يبنى دورة من التفاعلات التي تساعد على استمرارية وتشجيع السلوكيات العدوانية والسلوكيات المضادة للمجتمع .

علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي :

العلاج الدوائي :

تم وصف العديد من الأدوية التي تستخدم في علاج الأطفال ذوى السلوك العدوانى الحاد ، وذلك على الرغم من أن العلاج بالأدوية لم يثبت أنه

مفيد بالنسبة لهؤلاء الأطفال ، فالأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressant Drugs تساعد في تقليل السلوك الانفعالي والسريع التهيج عند هؤلاء الأطفال (إمسيلي وآخرون Emslie et al. ، ٢٠٠٤) ، وأحياناً يتم وصف الأدوية الخاصة بالانقباض العصبي Neuroleptic Drugs ولكن يؤخذ على هذه الأدوية أنها تخمد السلوك العدواني عند هؤلاء الأطفال (تشانج Chang ، ٢٠٠٤) ، ومن غير الواضح ما إذا كان لهذه الأدوية أى تأثير على الأعراض الأخرى لاضطراب المسلك كالكذب والسرقة ، والأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يتم بين الحين والآخر وصف الأدوية المنبهة لهم ، وهذه الأدوية تساعد أيضاً على خمد السلوكيات العدوانية (جوشي Joshi ، ٢٠٠٤) ، كما أن مثبتات الحالة المزاجية Mood Stabilizers بما في ذلك الليثيوم Lithium والأدوية المضادة للتشنج Anticonvulsant Drugs قد تكون علاجاً فعالاً للأطفال ذوي اضطراب السلوك العدواني (شانج وسميونوفا Chang & Simeonova ، ٢٠٠٤) ، وللحصول على تفاصيل أكثر يمكن الرجوع إلى الفصل السابق للإطلاع على العلاج الدوائي لاضطراب المسلك .

العلاج النفسي والاجتماعي :

معظم العلاجات النفسية لاضطراب المسلك مستمدة من نظرية التعلم الاجتماعي ، وتركز هذه العلاجات على تغيير أسلوب الأطفال في تفسير التفاعلات الشخصية وتعليمهم أن يأخذوا بآراء ووجهات نظر الآخرين ، وأن يهتموا بهذه الآراء أو وجهات النظر ، وأن يلجأوا للحديث الذاتي كطريقة للسيطرة على السلوكيات الاندفاعية ، وأن يستخدموا طرقاً أكثر توافقاً ومواءمة لحل الصراعات بدلاً من اللجوء إلى العدوان (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ ب ؛ لوكرمان وآخرون Lochman et al. ، ٢٠٠٣) .

و تحاول كثير من العلاجات أن تشرك الوالدين بالإضافة إلى الأطفال وأن تغير أنماط التفاعل داخل الأسرة التي تساعد على استمرار الأطفال في إظهار السلوك المعادي للمجتمع (ويبستر - ستراتون وريد - Webster Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive - Behavioral Therapy

إن الخطوة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي هي تعليم الأطفال أن يتعرفوا على المواقف التي تثير الغضب أو السلوكيات العدوانية أو المواقف التي يميلون فيها إلى أن يكونوا اندفاعيين ، ويتم عمل ذلك من خلال ملاحظة الأطفال في أماكنهم الطبيعية ثم توضيح المواقف الافتراضية وكيف سيتفاعل الأطفال معها ، وجعل الأطفال يحتفظون بمفكرات يومية يدونون فيها مشاعرهم وسلوكياتهم ، ويتم أيضاً تعليم الأطفال أن يحلوا أفكارهم في هذه المواقف ، وأن يفكروا في طرق بديلة لتفسير المواقف ، والافتراضات بأن الأطفال الآخرين أو الكبار يتصرفون بطريقة حقيرة أو وضعية تجاههم عن قصد يتم تجنبها ومساعدتهم على أن يأخذوا بوجهات نظر الآخرين في المواقف ، وبعد ذلك يتم تعليم الأطفال استخدام الحديث الذاتي لمساعدتهم على تجنب التفاعلات السلبية في المواقف المختلفة فهم يتعلمون أن يتحدثوا لأنفسهم في المواقف الصعبة وأن يكرروا العبارات التي تساعد على أن يهدأوا أنفسهم ، وأن يفكروا في طرق أخرى ملائمة للتصرف في هذه المواقف ، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يميل إلى الرد على الاستفزاز من جانب الآخرين عن طريق الضرب المباشر لهم والركل ربما يتعلم أن يفكر كالتالي :

اهدأ اهدأ اهدأ .

تنفس بعمق وعد إلى خمسة اهدأ .

اهدأ ... اهدأ.... اهدأ وفكر فيما تفعله .

لا أريدك ان تغضب اهدأ .

اهدأ ولا تتدفع .

ويقوم المعالجون بتعليم الأطفال المهارات الملائمة لحل المشكلات عن طريق مناقشة المواقف التي تحدث فيها مشكلات حقيقية أو مشكلات افتراضية ويتم مساعدتهم على إيجاد مجموعة متنوعة من الحلول الإيجابية للمشكلات ، ويتم عمل نماذج لهذه المواقف بواسطة المعالجين لكي يمارسها الأطفال في لعب الأدوار ، فعلى سبيل المثال إذا كان المعالج والطفل يناقشان كيفية الاستجابة أو الرد على طفل آخر اخترق الطابور في صالة توزيع الوجبات الغذائية في المدرسة ، هنا يقوم المعالج أولاً بعمل نموذج لاستجابة جازمة (وليست بالأحرى استجابة عدوانية) مثل القول التالي " أريد منك أن تتحرك وتقف في آخر الصف أو الطابور " وذلك للطفل الذي لم يقف في دوره ، وبعد ذلك يقوم طفل آخر بممارسة الاستجابة أو الرد الجازم ومتصنعاً ذلك أمام الطفل الذي اخترق الطابور لكي يكتسب المنظور الذي أدى بالطفل إلى أن يتصرف هذا التصرف أو يسلك بهذه الطريقة .

وبعض العلاجات النفسية الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك تتضمن الوالدين أيضاً وخاصة إذا كانت ديناميات الأسرة تدعم اضطراب المسلك عند الأطفال (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ ب ؛ ويبستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

ويتم تعليم الوالدين أن يعزروا أو يشجعوا السلوكيات الموجبة عند أطفالهم ولا يشجعوا السلوكيات العدوانية التي لا تراعى المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع والتي يجنب احترامها ، كما يتم تعليم الوالدين الاستراتيجيات المشابهة للاستراتيجيات التي يتم وصفها بالفعل للتحكم في

نوبات الغضب التي تعتر بهم ويتم أيضاً تعليم الأطفال الأساليب الفنية الخاصة بالانضباط ، ولسوء الحظ قد يكون من الصعب إشراك الوالدين الذين يحتاجون إلى تحسن كبير في مهارات أسلوب التعامل في العلاج (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ ج) .

وعلاوة على ذلك لكي يكون العلاج فعالاً يجب على المعالجين أن يكونوا حساسين ومتفهمين للفروق الثقافية في المعايير بالنسبة لسلوك الأطفال والوالدين ، فعلى سبيل المثال في الأسر الملونة (الزنوج) من المفيد اشتراك الأسر الممتدة (أي الجدود ، والأعمام ، والخالات ، والعمات ، والأخوال) في العلاج الأسري بالإضافة إلى الوالدين الذي يعاني طفلهم من اضطراب المسلك (دولي - جرانت Dudley - Grant ، ٢٠٠١) ، وتقترح الدراسات المتعلقة بالعلاج القائم على نظرية التعلم الاجتماعي أن هذه العلاجات من الممكن أن تكون فعالة بدرجة كبيرة في تقليل السلوك العدواني والاندفاعي عند الأطفال ، ولاسيما التدخلات العلاجية التي تتم في البيت أو في حجرة الدراسة (ويبستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك تحدث لهم انتكاسة بعد فترة قصيرة وخاصة إذا كان لوالديهم مهارات رديئة في التربية أو من مدمني الخمر أو غيرها من أنواع سوء استخدام المخدرات أو يعانون من أي حالة مرضية نفسية أخرى ، ويكون للتدخلات العلاجية نتائج إيجابية وطويلة الأجل إذا تم البدء فيها مبكراً في حياة الطفل المضطرب سلوكياً ، كما أن جلسات التعزيز والمساندة للعلاج الإضافي بعد العلاج الأولى تساعد الطفل على تجنب الانتكاس أو عودة الاضطراب إلى حد كبير (نولن هويكسما Nolen - Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

وتقوم العوامل الأسرية بدور مهم في حدوث اضطراب العناد والتحدي ، فهذا الاضطراب يبدو أكثر شيوعاً في الأسر التي بها أحد الوالدين على الأقل له تاريخ يفيد بوجود اضطراب العناد والتحدي ، و اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder والاضطراب المتعلق بالمادة Substance Related Disorder واضطراب الحالة المزاجية Mood Disorder ، والخلافات أو النزاعات الزوجية الخطيرة في الأسرة ، ترتبط أيضاً باضطراب العناد والتحدي ، كما أن العلاقة بين الوالدين والطفل في حالة وجود اضطراب العناد والتحدي تشمل التأديب القاسي من جانب الوالدين ، بالإضافة إلى نقص إشراف الوالدين على أطفالهم ، وعدم اشتراكهم في تعليم أطفالهم ، وهناك عوامل أخرى قد تبدو هامة وهي الطرق التي يتم من خلالها مساعدة الوالدين لأطفالهم ليصبحوا اجتماعيين ، وأن يقوموا بتعديل سلوكهم طبقاً لما يتطلبه الموقف .

وعلى وجه العموم فإن الممارسات الوالدية السلبية والاضطرابات النفسية لدى الأمهات تنبئ بأن اضطراب العناد والتحدي سيستمر عبر الوقت ، وبرامج تدريب الوالدين تقلل من سلوك المعارضة عند الأطفال كما أنها تحسن أيضاً من المهارات الوالدية ، وتؤكد ذلك نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد والتي وأوضحت أنه بعد مرور ٦ شهور من انقضاء البرنامج ظلت التحسينات مستمرة ومستقرة لدى كل من الوالدين والأطفال (نولن - هويكسما Nolen-Hoeksema ، ٢٠٠٧) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يظهرون نمطاً متكرراً وغير ملائم لأعمارهم وهذا النمط يتسم بالعدوانية والعناد والتحدي ، واشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية على اضطراب العناد والتحدي للفت الانتباه إلى الأعراض الأولية للسلوك المعادي للمجتمع والعدواني الذي

يظهره الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة وسن دخول المدرسة ، ونظراً لأن الكثير من هذه السلوكيات مثل نوبات الغضب أو المجادلة تعتبر شائعة إلى حد كبير جداً بين الأطفال الصغار فهناك شكوك بشأن قابلية تطبيق النمط أو البند الذي يشير إلى ذلك ، ومع ذلك فالدليل على وجود مجموعة مستقلة من السلوكيات الظاهرة وغير المدمرة كالعناد والتحدي والمجادلة يؤيد أن اضطراب العناد والتحدي يعتبر اضطراباً متميزاً .

وأوضحت نتائج العديد من الدراسات أن السلوكيات التي تميز اضطراب العناد والتحدي لها آثار سلبية بدرجة شديدة جداً على التفاعل بين الوالدين والطفل (جرين ودويل Greene & Doyle ، ١٩٩٩) ، وهناك نسبة تصل إلى ٧٥% من الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة والذين يتم تحويلهم للعيادات يأتون من بيانات متدنية الدخل تنطبق عليهم المعايير الخاصة باضطراب العناد والتحدي (كينان وواكسلاج Keenan & Wakschlag ، ٢٠٠٠) .

إرشاد الوالدين لعمل الاتصالات الواضحة :

يشير التدخل العلاجي الأولي والمعقول من جانب أطباء الأسرة إلى تعليم الوالدين كيفية إجراء الاتصالات الفعالة من أجل تحقيق الامتثال الجيد والمفيد ، فينبغي على الوالدين أن يصدروا أوامر واضحة ومباشرة ومحددة مثل : أريد منك أن تعد المائدة للعشاء الآن ، ومن المهم ألا تكون الأوامر أو الطلبات سلبية أو منفية على سبيل المثال : لا تضع كل عموك أمام التلفزيون ، والأجدر أو الأفيدي أن يقول له ربما تكون متعاوناً في إعداد العشاء الليلة ، وإذا لم يتم الامتثال للنشاط المطلوب خلال ١٠ ثواني يجب أن يلي ذلك تذكرة لفظية ، وعندما تصدر الأمر للمرة الثالثة ينبغي إقناعه بنتيجة معقولة وواضحة مثل : إذا لم تنتهي من إعداد المائدة في ١٥ دقيقة ستخسر

نصف ساعة أو ساعة من وقت فراغك الذي تقضيه مع أصدقائك الليلة مثلاً
وينبغي أن تكون النتائج المختارة عبارة عن تحديدات تدل على أن الوالدين
يستطيعا بطريقة واقعية أن ينفذوا هذه القرارات ، وذلك بدلاً من إصدار
قرارات مبهمه ولا يمكن تنفيذها فمثلاً لا ينبغي أن تقول : إنك لا تفعل أبداً
ما أطلبه منك إنك تدفعني إلى الجنون حسناً إني سأجعل حياتك جحيماً طوال
العام .

استراتيجيات للتعامل مع الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي :
كثير من المعلمين يشدون شعورهم أو يعانون الأمرين ويتساملون عما
إذا كان بإمكانهم أن يظلوا على قيد الحياة ليوم آخر وهم يتعاملون مع تلميذ
لديه سلوك أو اضطراب العناد والتحدي ، فهؤلاء التلاميذ يكون لديهم قدر
كبير من التحدي والتصارع ، والحقد ، وحب الانتقام ، كما أنهم يثيرون
أعصاب المعلمين الذين يواجهون تحديات كبيرة في حجرة الدراسة أثناء
تعاملهم مع هذه النوعية من التلاميذ ، ولسوء الحظ فإن المعلمين يواجهون
صعوبات كبيرة من التلاميذ الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي
واضطراب المسلك في مدارسنا .

وفيما يلي بعض المقترحات لمساعدة المعلمين والوالدين على التعامل
مع التلاميذ الذين يظهرون أوجه سلوك تتسم بالمعارضة والتحدي ، وأهم
نقطة هي أن نتذكر أن الدافع الأساسي للتلميذ الذي يعاني من اضطراب
العناد والتحدي هي مقاومة السيطرة أو التحكم أو التوجيه من أي شخص
كبيرة ، وكلما بدا الشخص الكبير أنه أكثر تحكماً أو سيطرة كلما يصبح
التلميذ أكثر معارضة وتحدياً ؛ ولهذا فإن تطوير خطة للسلوك تضع في
اعتبارها هذه النقاط من شأنها أن تقلل من تصعيد السلوكيات ، وهناك نقطة
أخرى يجب تذكرها وهي أن هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى قواعد وقوانين ،

وأوجه ثواب أو مكافأة ، وعقاب وحب وتوجيه وإرشاد وإحساس بالأمان ، والبيئة التي يتم إعدادها لهذا الغرض يمكن تصورها كسياج يحيط بالفرد ويذكره بصفة مستمرة بحدود السلوك المقبول ويمكن زيادة أو توسيع هذه الحدود في الوقت المناسب ، ولكن لا ينبغي أن تفتح البوابة للحرية الكاملة بدون إشراف إلى أن يكون الفرد مستعداً ، وهناك العديد من الإرشادات الفنية للهروب من المواقف التي قد يواجهها المعلمون في تفاعلهم مع الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي منها :

- تجنب الرد أو الاستجابة بطريقة انفعالية حتى لا يشعر التلميذ بأن المدرس غاضباً أو متهمكاً .
- تجنب مواجهة التلميذ بالقرب من رفاقه أو زملائه .
- الرد أو الاستجابة بهدوء وبدون انفعال .
- محاولة الإقناع .
- تجنب إسكات أو إذلال التلميذ .
- تزويد التلميذ بمجموعة من الإرشادات التي يمكن من خلالها تقليل قوة الصراع .
- تحديد النتائج بوضوح وذلك قبل أن تحدث المشكلات .
- الاستماع جيداً للتلميذ قبل أن تتفاعل معه أو تقوم بأي رد فعل .
- إعطاء تعليمات مختصرة ومباشرة بنعمة أو أسلوب هادئ .
- مناقشة أي مشكلة مع الطالب بهدوء وعلى انفراد .
- الابتعاد قبل أن يصبح الموقف ساخناً أو متوتراً جداً .
- حدد مسبقاً نتائجك ، وبعد ذلك استمر أو واصل العمل حتى الإنجاز .
- قرر أي القواعد قابلة للتفاوض وأيها لا تكون قابلة للتفاوض .
- اترك ملحوظة موجبة لكي يكتشفها التلميذ .

ومن المهم بدرجة كبيرة أن يتم استخدام طريقة جماعية عند تطوير خطة للتدخل لتنفيذها في البيت والمدرسة والمجتمع ؛ ولذا يجب تكوين أو إعداد فريق من المعلمين ومن الأخصائيين العاملين في المدارس ، وكذلك الأخصائيين النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، وهذا الفريق يجب أن يعمل معاً لضمان نجاح التلميذ في مجموعة متنوعة من المواقع ، وفيما يلي بعض الاستراتيجيات التي أتت بثمار طيبة عندما قام بتطبيقها الوالدين والمعلمين وأعضاء الفريق ، وهذه الاستراتيجيات عندما يتم تنفيذها بطريقة متسقة ثبت أنها فعالة جداً فيما يتعلق بأدوار التدريس والرعاية الوالدية :

- لا تهدد إلا إذا كنت راغباً في تنفيذ هذه التهديدات ؛ وذلك لأن تهديد التلاميذ الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يسمح لهم باختبار قدرتك على تحقيق هذه التهديدات .

- حدد بوضوح نتائج الشكوى والسلوك غير المتمثل ، فهذا يعمل على إيجاد علاقة مباشرة بين السلوك المرغوب فيه ، والسلوك غير المرغوب فيه ، والنتائج المتعلقة بذلك ، وتجنب زيادة حدة المجادلة أو النقاش .

- حدد بوضوح السلوكيات التي تتوقعها ، فالتلاميذ الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يبحثون باستمرار عن بوابة مفتوحة وفرصة لتحدي التوجيهات أو تبرير المواقف .

- أثناء المواجهات لا تسمح لانفعالاتك أن تتحكم فيك فمع التلاميذ الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي فإن غضبك يوضح أنهم يسيطرون عليك .

- أبقى دائماً هادئاً وبارداً ومتماسكاً في ظل أكثر الظروف تحدياً أو في أشد المواقف .

وعلى الرغم من أن الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يمكنهم أن يتحدوا المعلمين والوالدين ، فبإمكانهم أن يكونوا قاداتا في المستقبل ، فإذا تم توجيههم بطريقة ايجابية يكونون قادرين على التحكم في المواقف ، ومن ثم تطوير جوانب أو نواحي القوة لدى هؤلاء الأفراد ، الأمر الذي يدفعهم إلى الشعور بالارتياح ويصبحون أعضاء منتجين ومثمرين في المجتمع .

الفصل السابع

التدخلات الوقائية

مقدمة :

تُعد مشكلات المسلك أو السلوكيات المعادية للمجتمع أعمال لا تتناسب مع أعمار الأطفال الذين يتورطون في هذه السلوكيات التي تنتهك التوقعات الأسرية ، والمعايير المجتمعية ، والحقوق الشخصية للآخرين ، وممتلكات الآخرين ، والأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك عادة وليس دائماً ينمون أو يتربون في أسر مفككة وظروف بيئية سيئة ؛ حيث يجربون الإساءة الجسمية ، والإهمال ، والفقر ، والتعرض للنشاط الإجرامي ، وهذه الظروف لا تعطي عذراً لتصرفهم أو سلوكهم بل بالأحرى تقدم لنا خلفية هامة لفهم ومنع أو الوقاية من اضطراب المسلك (ترفو Tervo ، ٢٠٠٥) .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون غالباً مضطربين ومنزعجين ويحتاجون إلى المساعدة ، وفي نفس الوقت فإن فداحة أو فظاعة أعمالهم ربما تثير الغضب والقلق ، والشفقة على الضحايا الأبرياء ، ورغبة عارمة في الانتقام الشديد من هؤلاء الأطفال أو حبسهم (كازدين Kazdin ، ١٩٩٥) ، وعندما يكبر هؤلاء الأطفال فإننا نراهم في مراكز الصحة النفسية أو في مؤسسات رعاية الأحداث لعلاجهم وتأهيلهم ، ونجد أن غالبية الناس يطالبون بالقصاص وتطبيق العدالة على هؤلاء الأوغاد من أجل حماية الضحايا (ماشن وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

العوامل الوقائية لاضطراب المسلك :

يتوافر لدى بعض الأطفال عدد من العوامل التي ترتبط بمخاطر متزايدة لحدوث مشكلات سلوكية ، ومع ذلك لا يستمرون في حدوث اضطراب المسلك فالعوامل الوقائية تعدل من الاستجابة للضغوط ، وقام

ويرنر وسميث Werner & Smith (١٩٩٢) بدراسة عن العوامل الوقائية لاضطراب المسلك لما يزيد على ٢٠٠ طفل رضيع مولودين عام ١٩٥٥ في جزيرة هاواي Hawaiian Island تم تتبع وتقدير الأطفال في أوقات متعددة حتى سن ٣٢ عاماً ، ووجد أن الأطفال الذين لديهم مرونة أي لديهم القدرة على التصرف حيال المنغصات الداخلية ، والمنغصات الخارجية لبيئتهم كانوا متشابهين في أنهم :

- لديهم القدرة على استخراج الاستجابات الموجبة من الآخرين ، وكذلك المهارات التي أدت إلى استخدام فعال لقدراتهم .

- جذابين للآخرين .

- لديهم اتصالات جيدة ومهارات حل المشكلات .

- قادرين على الاستجابة والتعلق بمقدمي الرعاية البديلين .

- لديهم نسبة ذكاء عالية ، ولديهم قدرات وطباع واستعدادات جيدة .

- لديهم القدرة على الاندماج والتفاعل مع رفاقهم ومع الأشخاص الأكبر سناً .

- تربوا وكبروا مع خمسة أطفال أو أقل لمدة عامين كحد أدنى بين الطفل وأخيه التالي له أو المولود بعده .

- لديهم والدين يتمتعون بمهارات الرعاية التي أدت إلى الكفاءة وزيادة تقدير الذات .

- لديهم شعور بالمسؤولية والانضباط الذاتي .

وهذه العوامل مجتمعة ثبت أنها هامة جداً في منع حدوث المشكلات السلوكية ، ومن ثم تعد عوامل وقائية لمنع حدوث اضطراب المسلك .

وتشمل عوامل الحماية طبقاً لآراء وادل وآخرون Waddell et al.

(١٩٩٩) المستويات العليا من الذكاء ، والمهارات الاجتماعية الجيدة ، والمزاج الهادئ ، وعادات العمل الموجبة أو الايجابية ، والعلاقات الايجابية مع الكبار والراشدين ، ونظراً للارتباط القوي للعوامل البيئية والأسرية لاضطراب المسلك فإن بعض الأطفال والشباب قد يتبنون سمات اضطراب المسلك كاستراتيجية وقائية أو للحماية ؛ ولذا فمن المهم أن يضع الكلينيكيون السياق الاقتصادي والاجتماعي عند تقدير اضطراب المسلك ، ويزعم كثير من الكلينيكيين أن برامج الوقاية أو المنع Prevention Programs تعد برامج واعدة إلى حد كبير في علاج اضطراب المسلك ويجب أن تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة .

وتعد الوقاية أهم علاج لاضطراب المسلك ، فالإجراءات الوقائية التي يتم استخدامها تساعد الأطفال على تطوير المهارات التي تعطيهم خبرات ناجحة أثناء نموهم ، وأحد الفروق الهامة بين الأطفال العدوانيين والأطفال غير العدوانيين هو أن الأطفال العدوانيين يظهرون مزيداً من التحيز في تفسير أسباب التفاعلات الاجتماعية وخاصة في المواقف التي لا يكون فيها السبب واضحاً ، على سبيل المثال تسديد ضربة بكرة من الخلف (على الظهر) فإن الأطفال العدوانيين يفسرون هذا العمل على أنه عمل عدواني ، وأحياناً قد تحدث هذه الاستجابة بسبب الخبرات الماضية فعلى سبيل المثال ذكر أحد الأخصائيين النفسيين الحادثة التالية :

" كنت أعالج صبياً مراهقاً عدوانياً يسمى روكي Rocky وذلك بواقع جلستين في الأسبوع ، وكان هذا العلاج يستغرق وقتاً طويلاً (علاج طويل الأجل) ، ولقد أقمت معه علاقة جيدة ، وفي أحد الأيام رأيت روكي في الصالة واقتربت منه من الخلف وهو يتحدث مع أحد أقرانه ، ولمسته على

كتفه وقلت له أهلاً ، وفي هذه الأثناء استدار روكي وباندفاع لكمي على فكي ، وبمجرد أن أدرك من الذي ضربه ، اعتذر عدة مرات قائلاً أنه اعتقد أنني مريض آخر في العنبر ، ولقد كان من الواضح لي أن روكي كان يتوقع هجوماً عليه من شخص آخر (دودج Dodge ، ١٩٨٥) .

متى يتم التدخل :

ما أنسب وقت للتدخل لمنع نشوء أو حدوث اضطراب المسلك ؟ ، أوضحت نتائج الدراسات أن السلوك المضطرب يبدأ في فترة مبكرة جداً خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة ، وأن التفاعل بين العوامل الوراثية والبيئية يؤدي إلى ظهور الاضطراب في مرحلة الرضاعة ؛ ولذا فإن المجموعة المعرضة للمخاطرة من الأطفال الرضع يجب تقديم فرص الوقاية الأولية أو الأساسية لهم ، والدراسات التي أجريت في هذا الصدد هدفت إلى تقوية النمو الجسمي والنفسي والانفعالي والمعرفي ، وفي كثير من الحالات لم تكن الوقاية من السلوك المضطرب هي الهدف الأساسي ، ولكن ملاحظة التأثيرات أو النتائج على السلوك كجزء من المتابعة الطويلة الأجل ، وبعض هذه التدخلات العلاجية وليس كل التدخلات العلاجية أظهرت وجود فوائد أو كانت مفيدة وذلك على الرغم من أن هذه الفوائد لم تكن طويلة الأمد دائماً .

والبرامج التي أعدت لهذا الغرض كبرنامج البداية الجيدة Starting Well والمشروع الأسكتلندي التنفيذي لصحة الطفل The Scottish Executive Child Health Demonstration Project والذي يتضمن زيارات صحية مكثفة من فترة ما قبل الولادة حتى السنوات الأولى من حياة الطفل ، وكذلك تدريبات على ضبط أو علاج سلوك الوالدين تقدم أملاً كبيراً للوقاية الأساسية من السلوك المضطرب ، ونظراً لأنه يسهل تحديد أو التعرف على الأطفال ذوي السلوك المضطرب في فترة ما قبل المدرسة ،

ومن الممكن التنبؤ بالأطفال الذين سيستمرون في اضطراب المسلك في المراحل التالية ، لذلك فإن فترة ما قبل المدرسة تقدم الفرص للوقاية من اضطراب المسلك ، والأطفال الذين لديهم سلوك عدواني ومعارض في سنوات المدرسة الابتدائية يمكنهم أن يشتركوا في برامج الوقاية على الرغم من أن الكثيرين منهم لديهم تاريخ يدل على السلوك المضطرب منذ فترة ما قبل دخول المدرسة ، والهدف من التدخل الوقائي العلاجي هنا هو منع أن يكون الاضطراب مزمناً .

التدخلات الوقائية :

تعتمد التدخلات الوقائية على مجموعة من الافتراضات التي تقدمها ويبستر - ستراتون Webster - Stratton (١٩٩٦) والتي تتمثل في :

- يمكن علاج مشكلات المسلك بسهولة كبيرة جداً لدى الأطفال الصغار عما هو الحال مع الأطفال الأكبر سناً .

- تقوية عوامل الحماية ، ومقاومة أو إبطال مفعول عوامل المخاطرة في سن مبكرة يحد من أو يمنع مجموعة من العوامل منها : المسار الإنمائي المتصاعد للعدوان المتزايد ، والنزاع من جانب الأقران ، وتدني تقدير الذات ، والفشل الدراسي أو الأكاديمي ، وهذه العوامل يمكن ملاحظتها بطريقة شائعة لدى الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة .

- تخفض التدخلات الوقائية على المدى الطويل من التكاليف الكبيرة للخدمات المتمثلة في النظم التربوية ، والمحاكم ، وقطاع الصحة النفسية والمرتبطة بمشكلات المسلك .

وقامت ويبستر - ستراتون بتطوير برنامج تدخل مبكر ومكثف وفعال ومؤثر ومتعدد النظم بدرجة متزايدة للوالدين والمعلمين للتفاعل أو التعامل مع

الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى ثمان سنوات مع وجود مخاطرة بالنسبة لمشكلات المسلك ، وهذا البرنامج يستخدم شرائط فيديو تفاعلية كأساس للتدريب الأمر الذي يسمح بوجود استخدام واسع الانتشار بتكلفة منخفضة نسبياً وبالإضافة إلى تعليم الطفل مهارات الضبط السلوكي ، يتناول أيضاً البرنامج المصاعب المصاحبة الفردية والأسرية والمدرسية التي تصاحب مشكلات المسلك ، كما يتم تعليم الوالدين الاستراتيجيات الشخصية للسيطرة على الذات للضبط أو التحكم في الغضب والاكتئاب واللوم ، ونتيجة لذلك فإنهم يتعلمون أيضاً مهارات الاتصال الفعال والاستراتيجيات المتعلقة بالتعامل مع الصراع أو النزاع في البيت ، وفي العمل ، والطرق التي من شأنها تقوية المساندة الاجتماعية ، ويتم تدريب المعلمين على الطرق الخاصة بتقوية العلاقات الموجبة مع التلاميذ ، والأساليب الفعالة لضبط النظام في الفصل ، والاستراتيجيات المتعلقة بتعليم المهارات الاجتماعية ، وضبط الغضب ، ومهارات حل المشكلات ، وكيفية زيادة التعاون مع الوالدين ، وهناك عدد من الدراسات قدمت تأييداً لفاعلية هذه التدخلات العلاجية المبكرة في تقليل مشكلات المسلك فيما بعد لدى نسبة كبيرة من الأطفال الذين اشترك أهلهم في هذه التدخلات ، وهذا التدخل العلاجي المبكر (برنامج الوقاية) ينتشر بدرجة كبيرة في المدارس مع وجود تأكيد على مطابقة نوع وتوقيت ومقدار التدخل العلاجي لمستوى المخاطرة والاحتياجات النوعية للطفل والأسرة (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

وهناك برنامج جديد تم تصميمه لمنع المسار المزمن للسلوك المعادي أو المضاد للمجتمع وهو برنامج Fast Track وهو برنامج للوقاية من مشكلات المسلك ، وهذا التدخل المبكر يعتبر مثلاً ممتازاً للجهد المكثف

والشامل اللازم لعلاج الأطفال الذين لديهم مشكلات خطيرة في المسلك ، ويتم توجيه أو تخصيص برنامج Fast Track لأطفال رياض الأطفال الذين في مخاطرة عالية والذين تم التعرف عليهم أو تحديدهم من خلال سلوكهم المشين وعلاقاتهم الرديئة مع أقرانهم ، ويهدف هذا البرنامج إلى تقليل السلوكيات المشينة والعنوانية في البيت وفي المدرسة ، وتحسين نوعية علاقات الطفل مع الوالدين والمعلمين والأقران ، كما يهدف أيضاً إلى تعليم الأطفال المهارات اللازمة والفعالة لحل المشكلات البينشخصية والتنظيم الانفعالي ، وهناك أهداف هامة أخرى مثل تنمية المهارات الدراسية أو الأكاديمية ولاسيما القراءة ، وتحسين نوعية العلاقات بين أفراد الأسرة وبين العاملين في المدرسة .

ويتضمن هذا البرنامج خمسة مكونات علاجية متكاملة تحقق الأهداف التالية :

- ١- تدريب الوالدين على الإدارة أو حسن التصرف .
- ٢- الزيارات المنزلية وإدارة الحالات .
- ٣- التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية المعرفية .
- ٤- إرشاد التلاميذ أو الأطفال في دراستهم ومساعدتهم دراسياً .
- ٥- التدخل العلاجي داخل الفصل الدراسي بمساعدة المعلم .

ويتم تنفيذ التدخلات الخاصة بهذا البرنامج بالتعاون الوثيق بين الوالدين والمعلمين والعاملين في المشروع ، وتكمن أوجه قوة البرنامج في أنها تستهدف أوجه العجز والمحددات التي أوضحها البحث على أنها هامة لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات المسلك إلى جانب أن البرنامج يستخدم إجراءات العلاج التي لها بالفعل بعض التأييد العملي .

والتقارير الأولية للنتائج التي تم التوصل إليها في نهاية الصف الأول

الابتدائي أوضحت وجود تحسينات متوسطة في العلاقة مع الأقران ، وفي الأداء الأكاديمي أو الدراسي ، وفي الجو العام داخل حجرة الدراسة ، وانخفاضات في مشكلات المسلك ، والارتقاء باتجاهات وقيم أسلوب الوالدين في التربية ، وبانتهاء الصف الثالث الابتدائي وجد أن ٣٧% من أطفال مجموعة التدخل العلاجي تعافوا من مشكلات المسلك الخطيرة بالمقارنة بـ ٢٧% من أطفال المجموعة الضابطة ، والتقديرات التي قدمها الوالدان والمعلمون قدمت تأييداً أكبر للوقاية من مشكلات المسلك في البيت والمدرسة وخاصة فيما يتعلق بالعلاقة مع الأقران ، والأداء الدراسي ، وكثيراً من النتائج التي تم التوصل إليها في نهاية الصف الأول تم الاستمرار فيها حتى نهاية الصف الثالث الابتدائي (بريمان Bierman ، ٢٠٠٢) .

وتعد النتائج السابقة نتائج واعدة ، والزمن فقط هو الذي سيخبرنا عما إذا كانت هذه الجهود المبذولة ستحقق الهدف المنشود منها على المدى الطويل لكي تمنع المشكلات المصاحبة للسلوك المعادي للمجتمع ، وعندما يدخل الأطفال المعرضين للمخاطرة العالية في مرحلة المراهقة فإن ذلك سيكون خطيراً وهاماً جداً لأن هذا هو الوقت الذي يحدث فيه معظم الانحراف الذي تم البدء فيه مبكراً .

وعلى الرغم من وجود تقدم هائل تم تحقيقه في مجال العلاج والوقاية من مشكلات المسلك إلا أن هناك الكثير الذي يجب أن يتم عمله ، والنتيجة الرئيسية التي يجب أن نستمدّها من الجهود والمحاولات المبذولة في مجال التدخل العلاجي والوقاية هي أن درجة النجاح أو الفشل في علاج السلوك المعادي للمجتمع تعتمد على نوع وحدة أو شدة المشكلة السلوكية لدى الطفل وعوامل المخاطرة المرتبطة بها وكذلك عوامل الحماية منها .

ومما يجب الإشارة إليه أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ذات مستوى

اجتماعي اقتصادي متوسط ، ولديها مشكلات سلوكية معتدلة تستفيد إلى حد كبير من التدخلات العلاجية الخاصة بالوالدين ، وكذلك التدخلات القائمة في المدرسة ، هذا بينما الأطفال الذين يعيشون في أسر تعاني من الخلل الوظيفي وينتمون إلى بيئة اجتماعية رديئة والذين يظهرون مشكلات سلوكية حادة ومستمرة يستفيدون بدرجة قليلة من هذه التدخلات العلاجية يستمرون في إظهار المشكلات السلوكية التي يعانون منها (روتر Rutter ، ٢٠٠٣) ، وإذا أردنا لهذه التدخلات العلاجية أن تتجح فإنه من الضروري البحث عن طرق فعالة ومؤثرة لمساعدة الوالدين على الاستمرار في التدخلات العلاجية التي ثبت أنها فعالة أو لها فوائد حقيقية .

وتهدف البرامج الوقائية إلى تفادي حدوث الاضطراب ، ويعد اضطراب المسلك من الاضطرابات التي يسهل استخدام التدخل الوقائي معها لسهولة تحديد مؤشرات أو منبئات السلوك المضطرب وخاصة فيما يتعلق بالعوامل الأسرية والاجتماعية ، ومن ثم فإن الأطفال الذين يكونون في مخاطرة يمكن تحديدهم أو التعرف عليهم بسهولة ، ونظراً لأن اضطراب المسلك له عواقب أو نتائج طويلة الأمد بالنسبة للأفراد المتأثرين به ، وأسره ، ومجتمعهم ؛ فإن الوقاية تقلل أو تخفض من العبء الطويل الأمد ، وهناك مجموعة شاسعة من المؤلفات التي تتناول الوقاية من اضطراب المسلك والمصاعب التي تتعلق بطرق أو مناهج البحث والتي تم مناقشتها آنفاً فيما يتعلق بتقييم برامج التدخل العلاجي ، وغالبية الدراسات التي تصف برامج الوقاية استخدمت عينات لم يتم تحويلها للعلاج (مثل الأطفال والأفراد الصغار الذين لم يتم تحويلهم إلى مراكز خدمات الصحة النفسية) ولم تعتمد هذه الدراسات على الأسس أو المعايير الموجودة في التصنيف الدولي للأمراض (ICD) ولكن بدلاً من ذلك فإنها ركزت على أوجه السلوك المميزة

للاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإن عدد غير قليل من هذه الدراسات تضمنت الأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية ، وركزت على الجانب الوقائي عبر المدى العمري في سياقات مختلفة بطرق متعددة .

من الذي يكون هدفاً للتدخل الوقائي ؟ :

استهدفت برامج الوقاية المذكورة في مجموعة المؤلفات الطفل المضطرب أو المصاب ، ووالديه ، وأسرته ، ومعلميه ، وأقرانه ، أو مجتمعه أو مجموعة مركبة من كل ما سبق سرده ، وتتضمن برامج الوقاية التي تتناول الطفل المعرض للمخاطرة البرامج التي تقدم الرعاية النهارية أو اليومية ، وهذه البرامج تصاحبها غالباً استراتيجيات أخرى مثل تدريب الوالدين على الإدارة وحسن التصرف (ماك كارتون وآخرون McCarton et al. ، ١٩٩٧) .

وبعض التدخلات العلاجية مثل التدريب على المهارات الاجتماعية ، والتدريب على المهارات المعرفية الاجتماعية تستخدم أيضاً على أنها استراتيجيات للوقاية يتم تطبيقها على الأطفال الذين لا يتم تحويلهم للعلاج في مراكز الصحة النفسية ، وأظهرت التدخلات العلاجية المكثفة والمبكرة (التي تستمر لمدة عامين وتتضمن التدخلات العلاجية للوالدين والطفل) تقدم ملحوظ (ترمبلاي وآخرون Tremblay et al. ، ١٩٩٥) ، واستهدفت بعض البرامج التحصيل الدراسي أو الأكاديمي نظراً لأن الأطفال الذين لديهم سلوكيات مضطربة أو مشينة يكون تقدمهم أقل في المدرسة مقارنة بنظرائهم غير المتأثرين بهذا الاضطراب ، ومن المعروف أن هناك ارتباط بين اضطراب المسلك وصعوبة القراءة ، وقد يكون مساعدة الأطفال على التحصيل في المدرسة أمراً هاماً في منع نشوء السلوك المضطرب .

وكما يستخدم أسلوب تدريب الوالد على إدارة الأسرة (PMT) في

علاج اضطراب المسلك فإنه يستخدم أيضاً في الوقاية ، ولقد ركزت الدراسات على المستهدفين في مراحل مختلفة ، وخاصة أثناء فترة ما قبل دخول المدرسة ، وأثناء فترة الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ، وفي كثير من الحالات يتم استخدام أسلوب تدريب الوالد على إدارة الأسرة بالإضافة إلى تدخلات علاجية أخرى ، وكثير من الدراسات التي اعتمدت على أسلوب تدريب الوالد على إدارة الأسرة ذكرت وجود مشكلات بالنسبة للمواظبة على حضور التدريب ، ولذا فإن زيارة الوالدين في البيت قد تكون من الاعتبارات الهامة (ترمبلاي وآخرون Tremblay et al. ، ١٩٩٥) .

وتقدم جماعات الرفاق فرصاً لتغيير السلوك ، ويقصد بجماعات الرفاق هنا جماعات الرفاق ذوي السلوك الإيجابي والمراعى لقيم وعادات وتقاليد المجتمع ، ويعمل مثل هؤلاء الأفراد كنماذج للسلوك الملائم ؛ وبالتالي يقدمون فرصاً جيدة لتغيير أو تعديل السلوك ، ودمجهم في البرامج العلاجية أو الوقائية يساعد على تجنب الوصم بالعار للأطفال ذوي السلوك المشين أو الفوضوي ، والنتائج المستمدة من مثل هذه البرامج تعد نتائج واعدة ومشجعة على الرغم من الحاجة إلى المزيد من المتابعة الطويلة الأجل (نرملبي وآخرون Tremblay et al. ، ١٩٩٥ ب) .

ويوحى انتشار السلوك المضطرب أو المشين بين الأفراد الذين يعيشون في الأحياء أو المناطق المتدنية من الناحية الاجتماعية الاقتصادية بأن التدخل لإحداث تغيير بالمجتمع يمكن أن يمنع نشوء أو حدوث السلوك المضطرب ، وبصفة عامة يبدو أن فعالية التدخلات العلاجية من جانب المجتمع لا تستمر بعد مدة التدخل العلاجي وتعود المجتمعات إلى حالتها الأصلية بمجرد أن يتوقف التدخل العلاجي (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ولكي نبدأ في تلبية احتياجات الأطفال والأفراد الصغار الذين لديهم

اضطراب المسلك يجب علينا أن نقدم ونوفر برامج للتدخل العلاجي التي تستهدف هذا الاضطراب الراسخ ، وفي نفس الوقت نبدأ في مباشرة برامج الوقاية على الأفراد بصفة عامة وعلى المجموعات المستهدفة بصفة خاصة ، وتعد التدخلات العلاجية التي تبدأ في المراحل الأولى من الحياة هي أكثر التدخلات فائدة ، وتتناول نمو السلوك الإيجابي أو المؤيد والمواالي للمجتمع كجزء من مجموعة تهدف إلى تحسين وزيادة السلامة العامة أو الرفاهية العامة للطفل ، ومثل هذه البرامج يمكن تطبيقها بطريقة مفيدة على العينات السكانية المعرضة للمخاطرة ، والنماذج الحالية للتدخل العلاجي تركز على تدخلات علاجية محدودة الوقت تكون كافية بالنسبة لجميع الأطفال والأسر ، ومن المهم أنه عند تخطيط الخدمات أن نتعرف على الأطفال والأسر التي لا تجدي معها التدخلات العلاجية المحدودة الوقت ، أو التي لا تكون كافية بالنسبة لهم ، وأن يتم تقديم رعاية مستمرة مع علاج مستمر أو على فترات كلما اقتضت الضرورة ذلك .

الفصل الثامن

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي

مقدمة :

يُعد العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy اتجاهاً علاجياً حديثاً له جذور في نظريات التعلم الاجتماعي والنظريات المتعلقة بالنمو التي تم اقتراحها في فترة الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي ، وهذا الاتجاه العلاجي يقوم على الدمج بين العلاج المعرفي بفنائه المتعددة ، والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات ، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وسلوكياً وانفعالياً ، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض يتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفياً تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن الاضطرابات التي يعاني منها المريض (لوتمان وبارديني Lochman & Pardini ، ٢٠٠٨) .

والعلاج المعرفي السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج الاضطرابات السلوكية ، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura ؛ حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الفرد ، ويعمل بعد ذلك على تعديلها بسلوكيات مرغوبة من خلال التدريب في المواقف المختلفة ، ونظراً لأن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية يعوزهم التحكم في المثبر فإن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي توفير بيئة منظمة وجيدة التركيب تقلل من احتمالية ظهور السلوك المضطرب (مجدي الدسوقي ، ٢٠٠٦) .

ويؤكد العلاج المعرفي السلوكي بدرجة كبيرة على تكتيكات معرفية

معينة يتم تصميمها لإحداث تغييرات في التفكير ، وبالتالي إحداث تغييرات في السلوك أو الحالة المزاجية ، ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للأطفال والمراهقين عادة سلسلة من الإجراءات القائمة على أداء السلوك ، ويركز عادة على الأسرة والمدرسة في العلاج ، وربما يتضمن الجلسات الفردية والجلسات الجماعية أو كلاهما ، وتختلف مدة العلاج وتعتمد على شدة المصاعب أو المشكلات التي يمر بها الأفراد ، وتعتبر البرامج العلاجية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية طويلة غالباً وقد تستغرق ٢٥ - ٣٠ جلسة شهرياً ، ويكون المعالج في هذه الجلسات نشيطاً ومتعاوناً ويحاول أن يطور علاقة تعاونية تحفز الطفل على أن يفكر ويسلك ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إعطاء الطفل الفرصة بأن يجرب الأشياء ويطور مهارات جديدة (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٣) .

ويشير لوكمان وبارديني Lochman & Pardini (٢٠٠٨) إلى أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية يظهرون عجزاً في تشغيل المعلومات فهم لا يأخذون الوقت الكافي للانتباه وتشغيل الدلالات الاجتماعية والمعلومات وكذلك التفكير في موقف ما أو التخطيط له .

وفي العلاج المعرفي السلوكي لهذا النوع من المشكلات يتعلم الطفل أن يراجع الإجابات على سلسلة من الأسئلة قبل البدء في العلاج ، وتتضمن هذه الأسئلة الأشياء التي أدت إلى هذا الموقف ، وكذلك ما حدث فيه بالإضافة إلى النتائج طويلة الأجل والنتائج قصيرة الأجل للإجابة التي قد تصدر من الطفل ، وربما يمارس الطفل مهارة المراجعة المعرفية عن طريق الاستماع أولاً عندما يراجع المدرب أو المعالج الأفكار الملائمة لموقف معين ، وبعد ذلك يقوم بعمل بروفة لفظية للأفكار الملائمة بنفسه ، وعندما يتعلم الأطفال تطبيق ذلك في مواقف أخرى يتم تعليمهم أن يعلنوا أفكارهم بصوت عالي أو

على الملأ (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٣ ب) .

الأشكال الأولى للعلاج المعرفي السلوكي :

تمتد جذور أو أصول العلاج المعرفي السلوكي إلى بحوث باندورا Bandura عن التعلم القائم على الملاحظة الذي يركز على الدور العام للمعرفة وإلقاء الضوء على الملاحظات التي يبديها الطفل تجاه النماذج الحقيقية والنماذج الرمزية التي يمكن أن تؤثر على إدراكاته فيما يتعلق بالطريقة التي كانت فيها أوجه الثواب والعقاب مرتبطة بأوجه سلوكه ومشروطة بعمليات اتخاذ القرار من جانب الطفل ، ولاكتساب أوجه سلوك جديدة من خلال عمل النماذج Modeling يجب على الطفل أن ينتبه إلى النموذج وأن يحتفظ ويتذكر بطريقة معرفية الجوانب الوثيقة الصلة بالسلوك ، وينفذ السلوك الذي تمت ملاحظته ، وبعد ذلك يتم تعزيز أو تقوية هذا السلوك الذي يتم عمله ، والنظر إلى النماذج يمكن أن يؤثر أيضاً على المعدل الذي يقوم فيه الأطفال بإطلاق أوجه السلوك لأن التتابعات والمعارف وأوجه السلوك المتشابهة يمكن أيضاً أن تفسر كيفية إعادة إنتاج أو أداء أوجه السلوك الموجودة داخل الذخيرة السلوكية للفرد (بيلنج وآخرون . Bieling et al. ، ٢٠٠٩) .

واستناداً إلى بحوث سابقة فإن الأطفال يميلون إلى تقليد السلوك العدوانية عندما يلاحظون نموذجاً يتم تعزيز أو تقوية هذا السلوك لديه ، وكانوا أقل احتمالاً في أن يقلدوا السلوك العدوانية عندما كانوا يلاحظون نموذجاً تم عقابه في حالة إثبات السلوك العدوانية ، كما بينت الدراسات المتعاقبة أيضاً أن التعلم القائم على الملاحظة من الممكن استخدامه لتقوية قدرات الأطفال لكي يسعوا أو يبحثوا عن الرضا المتأخر وليس بالأحرى الرضا المباشر أو الفوري ، وهذه الدراسات المتعلقة بالتعلم القائم على

الملاحظة قدمت دليلاً أولياً على أن النماذج يمكن أن تستخدم للتأثير على معرفة الأطفال وتقوية أو ارتقاء التغيير السلوكي الايجابي .

وهناك بحوث أخرى يمكن أن توجه سلوك الأفراد استمدت من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Rotter أوضحت أن توقعات الأفراد لتلقى الإثابات تحدد سلوكهم ، وفي أوائل الستينيات من القرن الماضي افترض فيجوتسكي Vygotsky أن العمليات العقلية تتحكم في السلوك وفي قدرة الأفراد على حل المشكلات ، وبالتالي فإن أصحاب النظريات النمائية أكدوا على الارتباط بين المعارف وبين السلوك ، وهذا يعنى أن العمليات المعرفية تشترك في نمو أو تطور ضبط الذات ، وهذه النظريات كان لها تأثير هام على المعالجين الأوائل الذين كانوا يستخدمون العلاجات المعرفية السلوكية مثل دونالد مايكنباوم Donald Meichenbaum الذي اهتم بتحسين الضبط الذاتي لدى الأطفال .

وفي عام ١٩٧١ وجد مايكنباوم وجودمان Meichenbaum & Goodman في ماثيوس ولوكممان Matthys & Lochman (٢٠١٠) أن الربط بين عمل النماذج والتدريب التعليمي الذاتي له دور كبير في تقليل السلوك الاندفاعي عند الأطفال ، وهذا البرنامج ساعد الأطفال على التحكم في سلوكهم والتدريب على كيفية الاشتراك في الكلام المتعلق بالحياة الخاصة أثناء أدائهم لمهام تتطلب الانتباه الدائم ، واقترحت النتائج أن الأطفال المندفعين الذين أجرى عليهم هذا العلاج تحسنت قدرتهم على استخدام الحديث الذاتي الخاص لتوجيه انتباههم وأن يفكروا بعناية عندما يتخذون قرارات هامة .

وقام كيندال وبراسويل Kendall & Braswell (١٩٨٢) بتطوير

علاج معرفي شامل يهدف إلى تعليم الأطفال المندفعين الخطوات العامة لحل المشكلات ، وكيف يستخدمون عبارات المجاهدة الداخلية ليتعاملوا مع الإحباط وأوجه الفشل عندما يشتركون في أوجه السلوك الموجهة نحو الهدف والأطفال الذين تلقوا هذا التدخل أظهروا امتثالاً أفضل في المدرسة في فترة المتابعة التي استمرت لمدة ١٠ أسابيع عما هو الحال لدى الأطفال الذين تلقوا التدريب السلوكي فقط .

ولم يقدم الاشتراط التقليدي والإجرائي Operant and Classical Conditioning الشرح الكافي للأنماط المعقدة للسلوك الإنساني مثل الاندفاعية أو العدوان إلى جانب تجاهل دور المعرفة في تغيير السلوك مؤقتاً وعدم تعلم استراتيجيات مفيدة تؤدي إلى نتائج إيجابية طويلة الأمد ، وبالتالي تم النظر إلى تضمين العبارات الذاتية على أنه أمر ضروري لتطوير ضبط الذات ، وعلى العكس فإن البيئة السيئة التوافق تم النظر إليها على أنها تساهم بدرجة كبيرة في مشكلات السلوك في مرحلة الطفولة بما في ذلك العدوان (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٢) .

وعلى الرغم من أن الدراسات السابقة الأولى التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي أظهرت أن الأطفال كان بإمكانهم أن يتعلموا الاستراتيجيات المعرفية للمساعدة في تحسين أدائهم السلوكي ، ومن الجدير بالملاحظة من منظور علاجي أن عمل نماذج لاستراتيجيات ضبط الذات يُعد مكوناً هاماً جداً للعلاج المعرفي السلوكي ، ففي أثناء الجلسات يفكر المعالجون بصوت مرتفع عندما يتحدثون عن الطريقة التي من خلالها يمكن أن يتعاملوا بها مع انفعالاتهم ولاسيما الانفعالات التي من الممكن أن تؤدي إلى أعمال عدوانية ، ويحللوا الموقف أو يختاروا عمل أو تصرف معين أو يقيموا نتيجة سلوكهم ، وكيفية استيعابهم للاستراتيجيات المعرفية التي

يستخدمونها والتي يمكن أن تكون نموذج قوى لأطفالهم الذين يعالجونهم لكي يقومون بمحاكاتهم (سميث وآخرون ، Smith et al. ، ٢٠٠٥) .

واهتم فريق آخر من الباحثين في البحث عما إذا كانت أوجه العجز في حل المشكلات تساهم في السلوك العدواني للأطفال ، وقاموا بتعريف حل المشكلات على أنه عملية سلوكية معرفية من شأنها أن تساعد على إنتاج مجموعة متنوعة من الاستجابات البديلة عند مواجهة مشكلة ما ، وتزيد من إمكانية تعميم النتائج من أجل تنفيذ أنسب اختيار (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lockman ، ٢٠١٠) ، والبحوث الأولى أظهرت أن التدريب على حل المشكلات يستخدم بطريقة فعالة مع الأطفال ومع والديهم ، وأن التدريب على حل المشكلات الاجتماعية عنصراً أساسياً وهاماً للتدخلات السلوكية التي تركز على المجتمع والذي بدأ كأسلوب وقائي للأطفال في المدارس ، واستناداً إلى العمل الكلينيكي مع الأطفال العدوانيين الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية المحدودة الدخل ، والذي بدأ في أواخر السبعينيات من القرن الماضي ، قام لوكمان وآخرون Lochman et al. (١٩٨١) بتطوير نموذج لإثارة الغضب يصاحبه برنامج لضبط الغضب ، ويتضمنان طرق التدريب على التعلم الذاتي ، وطرق التدريب على حل المشكلات ، وتم النظر إلى الأطفال العدوانيين على أن لديهم مجالين أساسيين للصعوبة المعرفية في هذا النموذج المتعلق بإثارة الغضب ، فأولاً يجب على الأطفال أن يدركوا بدقة وأن يفسروا المواقف الاجتماعية المسببة للمشكلات التي قد يواجهونها (الأطفال العدوانيون يكون لديهم تشوهات معرفية في هذه المرحلة ، وبالتالي يكون لديهم مفاهيم خاطئة وإثارة للغضب مصاحبة لها) ، وثانياً يجب على الأطفال أن يملأوا خلال التتابع الخاص بحل المشكلات الذي يتضمن التفكير في الحلول الممكنة واضعين في اعتبارهم النتائج المتوقعة

للحلول ، وبعد ذلك يختارون الحل الأمثل ، ويجب ملاحظة أن الأطفال العدوانيين يُظهرون أوجه عجز في عدد ونوع الحلول التي من الممكن إيجادها أو توليدها .

وقام دودج Dodge (١٩٩٣) وكريك وودج Crick & Dodge (١٩٩٤) بتطوير نموذج أكثر شمولاً لتشغيل المعلومات الاجتماعية ، وقد أثر هذا النموذج بدرجة كبيرة جداً في تطوير مجموعة متنوعة من التدخلات السلوكية المعرفية التي يمكن استخدامها مع الأطفال والمراهقين ، ويصف هذا النموذج بطريقة واضحة خطوات التشغيل المعرفي على شبكة الإنترنت والتي تحدث عندما يشترك الأطفال في تفاعلات اجتماعية بما في ذلك التركيز في فك شفرة وتفسير المعلومات الاجتماعية ، وتحديد أهداف المرء في موقف المشكلة وتوليد أو إنتاج الحلول الممكنة للمشكلة ، واتخاذ قرار عن أي الحلول التي يمكن إتباعها وبعد ذلك تنفيذ هذا الحل ، والأطفال الذين يستطيعون أن يطوروا مهارات في كل مرحلة للتشغيل المعرفي الاجتماعي يكونون قادرين من الناحية النظرية على تنفيذ هذه المهارات في توجيه سلوكهم في مجموعة متنوعة من الأماكن والمواقف دون الاعتماد على الكبار ، وبالتالي فإن الاستراتيجيات السلوكية - المعرفية قد تقدم درجة من درجات ضبط النفس لا يمكن إدراكها بالطرق السلوكية بدقة متناهية .

العلاج المعرفي السلوكي المعاصر :

يقوم العلاج المعرفي السلوكي المعاصر على حقيقة مؤداها أن الأفكار والعواطف أو الانفعالات وأوجه السلوك ترتبط بطريقة تبادلية ، وأن تغيير أحد هذه العناصر يؤدي بالضرورة إلى تغييرات في عناصر أخرى وهذه العلاقات التبادلية بين الأفكار والانفعالات وأوجه السلوك تعمل بمثابة أساس جوهري لكل العلاجات السلوكية (جريشام ولوكمان Gresham &

Lochman ، ٢٠٠٨) وفي الطريقة المعرفية السلوكية فإن جميع أوجه المعرفة والانفعالات والإدراكات وأسلوب تشغيل المعلومات تلعب جميعها دوراً حيوياً في تطوير وعلاج المشكلات السلوكية والمصاعب المتعلقة بالتكيف أو المواءمة (كيندال Kendall ، ٢٠٠٢) .

وعلى عكس العلاجات المعرفية البحتة فإن التدخلات المعرفية السلوكية بطبيعتها (مثل التدخلات المستخدمة مع الأطفال الذين لديهم صعوبات في المسلك) تدمج الأساليب الفنية ، أو التكنيكات القائمة على المبادئ السلوكية عندما يكون ذلك ملائماً ، فعلى سبيل المثال فإن التدخلات المعرفية السلوكية للأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات في المسلك تقوم في أغلب الأحيان بتعليم الوالدين والمعلمين كيفية استخدام المبادئ السلوكية لتعزيز والانطفاء والتشكيل من أجل تغيير سلوك الأطفال (لوكمان وبارديني Lochman & Pardini ، ٢٠٠٨) .

ويرى فريق من الباحثين أن التدخلات المعرفية السلوكية المعاصرة لها مكونات متعددة تتضمن التدخلات المتعلقة بتدريب الوالدين ، ومع ذلك فإن جميع التدخلات المعرفية السلوكية تسعى إلى دمج أو إدخال هذه الاستراتيجيات في نموذج علاجي شامل يؤكد على تأثير العوامل المعرفية والأحداث السلوكية في تطوير أوجه السلوك والانفعالات المسببة للمشكلات .

ويتضمن المنحى المعرفي السلوكي مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات النوعية لعلاج المشكلات السلوكية الدالة ، فحل المشكلات والتدريب على التعلم الذاتي ، وإعادة التدريب على السمات الملائمة للسلوك الجيد ، والتدريب على الاسترخاء ، والعلاج اللفظي ، كل ذلك تم استخدامه من أجل تحسين السلوك ، وتتضمن هذه التدخلات تعليم الأطفال أن يتعرفوا

على الدوافع الداخلية والخارجية التي تسبب السلوك ، وأن يستخدموا
المثيرات مثل العبارات الذاتية ، وحل المشكلات ليتحكموا في سلوكهم ، ولقد
لاحظ بعض الباحثين أن الأساليب الفنية المعرفية السلوكية تستخدم الإثابات
وعمل النماذج ولعب الأدوار والتقييم الذاتي وتُدمج العلاج السلوكي (على
سبيل المثال عمل النماذج ، والتغذية المرتدة والتعزيز) ، والعلاج المعرفي
(على سبيل المثال التفكير بصوت عال) ، وذلك من أجل بناء وسيلة جديدة
للمجاهدة (فريديرج وآخرون Friedberg et al. ، ٢٠٠٩) ، ويركز العلاج
المعرفي السلوكي على علاج مشكلات المسلك المرتبطة بالحالة المرضية
النفسية للطفل والمراهق ، وعلى الرغم من أن العلاجات المعرفية السلوكية
لمشكلات المسلك تختلف طبقاً للمستوى الإنمائي (المتعلق بالنمو) للعينة
السكانية المستهدفة ، وحدة المشكلات السلوكية المستهدفة فإن العناصر
المشتركة تدعم بطريقة تجريبية الطرق المعرفية السلوكية (لوكمان
Lochman ، ٢٠٠٦) .

ويركز هذا الأسلوب العلاجي على العمليات المعرفية المختلفة ،
وكذلك المهارات المعرفية اللازمة لحل المشكلات الشخصية المتعلقة
بالسلوك الاجتماعي ، وتشير نتائج عدد من الدراسات إلى أن العمليات
المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني أظهرت وجود تحيزاً معرفياً من الممكن
أن يشكل العامل الأساسي للسلوك المعادي للمجتمع ، وأن الأولاد العدوانيين
يفسرون الأعمال الغامضة أو المبهمة (على سبيل المثال اصطدام شخص
بشخص آخر أثناء وقوفهما في طابور) على إنها أعمال عدوانية ، وهذه
النظرية التحيزية تجعل هؤلاء الأطفال ينتقمون بعدوانية للأعمال التي قد لا
يقصد منها الاستفزاز الأمر الذي يثير أقرانهم ، ومن ثم ينوون الاعتداء
عليهم مما يزيد من غضب الأولاد العدوانيين ، وهذه الدورة تؤدي إلى مزيد

من العدوان والنبذ من جانب الأقران .

وفي نهاية فترة الثمانينيات من القرن الماضي قام فان دير فلوجت وآخرون Van Der Vlught et al. (١٩٩٥) بتطوير برنامج للتدريب المعرفي الفردي Individual Cognitive Training Programme يقوم على برنامج " فكر بصوت مرتفع " Think Aloud الذي أعده كامب وباش Camp & Bash (١٩٨١) وعن طريق هذا البرنامج يتم تعليم الأطفال استراتيجية حل المشكلات ، ويعتمد هذا البرنامج على عدد من الأساليب الفنية الخاصة بالتدريب المعرفي السلوكي التي قدمها ماكنباوم Meichenbaum (١٩٧٧) وعلى وجه التحديد فإن الأطفال يجب أن يطرحوا على أنفسهم الأربعة أسئلة التالية التي تواجه بمشكلة أو مهمة :

- ١- ما المشكلة ؟ (اكتشاف المشكلة) .
- ٢- ما خطتي ؟ (إيجاد الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المشكلة أو معالجتها) .
- ٣- هل استخدم خطتي ؟ (المراقبة الذاتية والإرشاد الذاتي أثناء تنفيذ الخطة) .
- ٤- ما النتيجة التي حصلت عليها ؟ (التقييم الذاتي للحل) .

ويتم تنفيذ ذلك باستخدام استراتيجية النمذجة المعرفية Cognitive Modeling Technique ، وتتلخص في أن يقوم الشخص البالغ (النموذج) بالتنقل بين الخطوات مع التعبير اللفظي المستمر لما يفكر فيه ويفعله ، وبعد ذلك يقوم الطفل بتقليد سلوك النموذج ويتحدث بصوت مرتفع أيضاً ، وفي المرحلة التالية يتم تدريب الطفل على أن يهمس بدلاً من التحدث بصوت عالٍ وأخيراً يقوم الطفل بتوجيه سلوكه بكلام صامت وداخلي .

خلاصة القول فإن الهدف من استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية هو تزويد الأطفال والمراهقين بقدر كبير من وسائل السيطرة على أنفسهم ، وكذلك تزويدهم بالاستراتيجيات التي يمكن أن تساعدكم على أن يتصرفوا بأنفسهم .

أنشطة الممارسة :

- الأهداف السلوكية والشخصية :

يُطلب من الأطفال أن يحددوا قواعد للسلوك أثناء إدارة الجلسات وأن يحددوا أيضاً الأهداف القصيرة الأمد ، والأهداف الطويلة الأمد لأنفسهم ، وهذه الأهداف تؤدي إلى أهداف سلوكية معينة يلتزم الأطفال بتحقيقها ، ومن المفيد أن يتم استخراج قائمة للأهداف الممكنة (متدرجة حسب مستوى الصعوبة المحتملة) ، وذلك من المدرسين والوالدين قبل البرنامج ، وهذه الأهداف السلوكية ينبغي أن تتم ملاحظتها بوضوح ، وينبغي أن تكون الأهداف الأولية أو المبدئية بها صعوبة متوسطة وذلك لمساعدة الأطفال في الحصول على تجارب وخبرات ناجحة في المراحل الأولى لتحقيق الأهداف ، ويتم مراقبة تنفيذ الأهداف لكل طفل بصفة يومية عن طريق المدرس أو الوالدين ، ويكتسب الطفل نقاطاً استناداً إلى تقدمه ، والبحوث السابقة التي تتعلق ببرامج المجاهدة مع الغضب أوضحت أن تضمين إجراءات إعداد الهدف السلوكي مع المراقبة والتعزيز من جانب الكبار ، قد حددت ما إذا كان التحسن السلوكي عند الأطفال سينتقل إلى أماكن أخرى كالفصل الدراسي مثلاً .

- المهارات التنظيمية والدراسية :

يكون هناك جلسات متعددة في مرحلة مبكرة نسبياً من التدخل تدور

حول المواءمة أو التكيف مع المهارات التنظيمية والمهارات الدراسية أو مهارات المذاكرة من أجل تحقيق تقدم دراسي كافٍ ، ويقوم الأطفال بالتعرف على مهارات المذاكرة المفيدة ، ومهارات المذاكرة الأقل فائدة ، وهذه الجلسات تتناول على نحو خاص كيف أن هذه المهارات التنظيمية والمهارات المتعلقة بالذاكرة ستصبح أكثر أهمية في المدرسة ، ويقوم الأطفال بالاشتراك مع والديهم بعمل عقد لواجب منزلي يتم فيه تحديد زمان ومكان عمل الواجب المنزلي ، وما إذا كانت هناك حوادث طارئة تعترض استكمال هذا الواجب المنزلي .

- الوعي بالإثارة والغضب :

يتم عمل جلستان تركزان على تفاعلات الأطفال مع العديد من المواقف التي تسبب مشكلات ، ولاسيما التركيز على تجربتهم أثناء الغضب والاستجابة أو الرد على الإثارة أو الإحباط ويتعلم الأطفال أن يحددوا أو يتعرفوا على المؤشرات النفسية والفسولوجية لكل انفعال ، والهدف هنا هو العمل على زيادة الوعي الذاتي لانفعالات المرء ، بالإضافة إلى الإدراك الأكثر دقة لانفعالات الآخرين ، وباستخدام ترمومتر الغضب يتم مساعدة الأطفال على تحديد المستويات المختلفة للغضب الذي قد يمرون به على سبيل المثال الغضب الشديد والمضايقة والأنواع المختلفة للمشكلات التي تسبب هذه المستويات المختلفة للغضب ، ثم يتم استخدام ترمومتر الغضب خلال مراحل التدخل ، فعلى سبيل المثال عندما يبدأ الأطفال في استخدام عملية حل المشكلات فمن الأفضل أن يتم البدء في ذلك بالمشكلات التي من المستوى المنخفض إلى المستوى المتوسط للغضب حتى يمكن أن يتعلم الأطفال بدرجة أفضل المهارات وبالتالي يكون من المحتمل بدرجة أكبر أن يكونوا ناجحين .

- إدارة الغضب وضبط الذات :

يركز هذا المدخل بدرجة مباشرة على الاعتقاد بأن كثيراً من الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية يأتون من أسر تفتقد التنشئة الاجتماعية السليمة أو يأتون من بيئات اجتماعية لم توفر أساليب التنشئة الاجتماعية الملائمة للطفل ، وتجربة التنشئة الاجتماعية الرديئة هي المسؤولة عن عدم القدرة على ضبط أو تعديل السلوك ، ويتم تصميم نظام لإدارة أو ضبط السلوك للتغلب على هذه النقائص في عملية التنشئة الاجتماعية ، وهناك مبرر عقلائي يتفق مع البحوث الحالية هو أن بعض الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية يكون لديهم قابلية مزاجية تجعلهم أكثر عرضة لعدم القدرة على التوافق ، فعلى سبيل المثال ربما يركزون بطريقة أكثر من اللازم على النتائج الإيجابية الممكنة لسلوكهم ، ولا يفكرون في النتائج السلبية الممكنة (لوبير وكوي Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

وترى ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid (٢٠٠٣) أنه بمجرد أن يتم اكتساب المهارات الأساسية لحل المشكلات يتم تعليم الأطفال استراتيجيات ضبط الغضب ، وهذه الاستراتيجيات تقلل العدوان لدى الأطفال والمراهقين وتحافظ على الاستمرار في مزايا أو فوائد مهارات حل المشكلات ، ومن الواضح أن الأطفال لا يستطيعون حل المشكلات في حالة الغضب الشديد ولا يستطيعون التفكير بهدوء ، وهنا يتم استخدام دمية تسمى السلحفاة الصغيرة Tiny Turtle لتعليم الأطفال خمس خطوات في استراتيجية ضبط الغضب هي :

١- التعرف على الغضب .

٢- التفكير في التوقف .

٣- أخذ نفس عميق .

٤- الدخول إلى المخدع ومحاولة الهدوء .

٥- المحاولة مرة ثانية .

ويعتبر التركيب الأساسي لبرامج إدارة أو ضبط التوافق بسيطاً بدرجة خادعة ، فجميع هذه البرامج طبقاً لوجهة نظر فريك Frick (٢٠٠١) تتضمن ما يلي :

١- تحديد أهداف سلوكية واضحة تعمل على تشكيل سلوك الطفل تدريجياً في مجالات ذات اهتمام معين .

٢- تطوير نظام لمراقبة ما إذا كان الطفل من الممكن أن يصل إلى هذه الأهداف .

٣- وجود نظام لتقوية أو تعزيز الخطوات الملائمة نحو الوصول إلى هذه الأهداف .

٤- تقييم نتائج السلوك .

وهذه البرامج تُحدث تغييرات سلوكية بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك في البيت وفي المدرسة وفي مراكز العلاج التي يقيمون فيها وعلى الرغم من أن برامج إدارة أو ضبط السلوك تبدو بسيطة ومباشرة إلا أن الكثير منها لا يستخدم بطريقة فعالة ، فمثلاً تحتاج هذه البرامج إلى اختيار الأهداف المناسبة للطفل والمعززات وأساليب العقاب التي ستحفز كل طفل ، والكثير من هذه النظم يتم استخدامها عادة بدرجة أساسية في التعلم السلوكي أو ضبط السلوك ، والنتائج السلبية للسلوك غير الملائم يتم تقييمها (على سبيل المثال خصم درجات عن سوء السلوك ، ويؤدي التشاجر إلى عزلة إجبارية) ، كما يوجد ميكانيزم للتشجيع بطريقة منظمة على التعبيرات السلوكية الموجبة (على سبيل المثال يتم إضافة درجات من أجل التعبير الملائم عن الغضب ، وعن التفاعلات الاجتماعية السليمة مع الأقران ، أو

عن التعليقات المحترمة مع الكبار) .

ويقوم الأطفال بعمل العديد من الأشكال أو اللعب ويدعون أن هذه الأشكال غاضبة ، ويساعدونها على أن تهدأ ، كما يقومون بعمل العديد من الأنشطة المختلفة التي تساعد المعالج على توفير العديد من الفرص لكي يساعد الأطفال على ممارسة خطوات ضبط الغضب ، والتعرف على إشارات أو دلالات أجسامهم والتي تخبرهم بأنهم غاضبون ، وأن يستخدموا حديث الذات والتنفس بعمق والتخيل الإيجابي لكي يساعدوا أنفسهم على أن يهدأوا ، ويستخدم المعالجون أيضاً تدريبات التخيل الموجبة مع الأطفال لجعلهم يخلقون عينيهم ويتظاهرون بأنهم في محارة السلحفاة لمساعدتهم على أن يجربوا مشاعر الاسترخاء والهدوء ، كما يتم استخدام شرائط الفيديو التي تصور الأطفال وهم يتعاملون مع الغضب ومع الإغظة أو المضايقة أو مع نبذهم من جانب الأقران للبدء في لعب الأدوار لممارسة استراتيجيات التهدئة ، والمواقف التي تقدمها الدمى للمجموعة يتم صياغتها طبقاً للتجارب والموضوعات الوثيقة الصلة بأطفال معينين في المجموعة ، فمثلاً إذا كان هناك طفل في المجموعة تمت إغاظته في المدرسة ويتفاعل بطريقة عدوانية نجد أن الدمية والى Wally تخبر المجموعة أن شخصاً في المجموعة أطلق عليها اسماً سبب لها غيظاً ، وكانت والى غاضبة من أن طفلاً في المجموعة ضرب هذا الشخص ، وتحدث والى بعد ذلك عن نتائج الضرب (أنه شعر بأنه سيء بعد ذلك وأنه وقع في مشكلة) ، وبعد ذلك تقوم المجموعة بتوليد حلول بديلة لوالى Wally لممارستها ، ويقوم المعالجون والدمى بمساعدة الأطفال على أن يغيروا انطباعهم عن الأحداث فعلى سبيل المثال تشرح مولى مانرز Molly Manners (شقيقة والى) قائلة أنه ربما كان لا يريد أن يغيظك أنه أراد في الحقيقة أن يكون صديقك ، ولكنه لا يعرف كيف يطلب ذلك منك بطريقة لطيفة أو كما تعرف فإن جميع الأطفال يتغيرون

أحياناً عندما يريدون أن يلعبوا ، وهذا لا يعنى أنهم لا يحبونك ، أو أعتقد أن ذلك كان مجرد حادثة عندما اصطدم بك ، أي أنه لم يكن في نيته ذلك ، ويتم مساعدة الأطفال على أن يقرروا متى يكون الحدث قد تم عن عمد ، وكيف يمكن التصرف حيال كل حدث (ويبستر - ستراتون وريد - Webster- Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ ب) ، وتقوم هذه الأنشطة على الافتراض بأن الأطفال يجب أن يتعلموا كيفية التعامل مع التدفق في الإثارة والغضب في استجابة أو رد على الاستفزاز المدرك قبل استخدام استراتيجيات حل المشكلات ، وفي أغلب الأحيان يتم تعليم الوالدين والمعلمين أن يقدموا الإيحاءات ويساعدون الطفل على استخدام استراتيجيات ضبط الغضب في البيت وفي المدرسة ، ويتم تعليمهم أيضاً كيفية تعزيز التنفيذ الناجح لهذه المهارات (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

- رؤية الأشياء وفقاً لعلاقاتها الصحيحة والتعرف على المشكلة :

يتم تخصيص ثلاث جلسات لرؤية الأشياء (الموضوعات والأحداث) وفقاً لعلاقاتها الصحيحة لتقديم نموذج حل المشكلات والذي يعرف على أنه التعرف على المشكلة والاختيارات والنتائج , Problem Identification, Choice, Consequences (PICC) وهذا النموذج يقدم للأطفال أولاً مجموعة من المهام التي تشبه الألعاب الممتعة والتي تسمح للمعالج بأن يقدم النقاط الرئيسية ، وهذه المهام الأولية يأتي بعدها أنشطة تتسم بالمزيد من التحدي وتتعلق بدرجة أكبر بالمصاعب التي يمر بها الأطفال ، ويتم استخدام أنشطة لعب الأدوار ، والمناقشات لتوضيح كيف أنه من الصعب أن نفهم نوايا شخص آخر في موقف مُشكل ، وأن هناك تأكيد أساسي على ضبط التحيز العدواني المنسوب لكثير من الأطفال العدوانيين ، وعلى الرغم من أن الهدف الرئيسي لهذه الأنشطة يعتمد على مواقف الرفاق فإن الأطفال

العدوانيين يقومون في أغلب الأحيان بإساءة فهم أو إدراك نوايا أو مقاصد المعلمين ، وبالتالي تم تصميم مقابلة شخصية مع المدرسين لمعالجة الظلم والقسوة أو التعامل بخشونة الذي يشعر به هؤلاء الأطفال في إدراكهم عن مدرسيهم (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

- ضغوط الأقران والاشتراك مع الأقران المنحرفين :

تتناول الجلسات الأخيرة الموضوعات التي ترتبط بضغوط الأقران ، واشتراك الأطفال مع الأقران المنحرفين ، والتركيز على وعي الأطفال بضغوط الأقران المختلفة ، وكذلك استخدام استراتيجيات المواجهة واستخدام شرائط الفيديو والقيام بلعب الأدوار والتركيز على المخاطر التي تؤدي إلى استخدام العنف ، وتساعد هذه الجلسات الأطفال على التفكير بشأن موقفهم من هؤلاء الأفراد في مدارسهم وأحيائهم السكنية ، والتفكير بشأن الطريقة التي يصبحون من خلالها أكثر اشتراكاً في مجموعات الأقران الأقل انحرافاً (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

أمثلة لبرامج الوقاية من المشكلات السلوكية :

ينقسم هذا الجزء إلى ثلاث مراحل زمنية هي مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة الطفولة المتأخرة ، ومرحلة المراهقة المبكرة ، ويتم تقسيم البرامج داخل كل مرحلة إلى برامج عامة للوقاية (تقدم بطريقة نمطية في المدرسة) أو كبرامج للوقاية المستهدفة للأطفال المعرضين للخطر (الذين يُظهرون المراحل الأولى للاضطراب) والدليل على قدرة هذه البرامج في خفض المشكلات السلوكية متباين إلى حد كبير .

برامج الوقاية العامة :

التدخل في مرحلة ما قبل المدرسة أو في مرحلة الطفولة المبكرة :

توجد مجموعة من أساليب التدخل في مرحلة ما قبل المدرسة أو

مرحلة الطفولة المبكرة منها ما يلي :

١- لعبة السلوك الجيد : Good Behavior Game

طور باريش وآخرون Barrish et al. هذا الأسلوب التربوي الذي يركز على زيادة تقبل أو قبول الأطفال لذوى السلطة ، وكذلك القواعد أو القوانين المفروضة داخل حجرة الدراسة والتي تتمثل في :

- الانتباه للمعلم .
- عدم التحدث مع الآخرين أثناء الحصة الدراسية .
- الجلوس في المقعد وعدم الخروج منه إلا بإذن من المعلم .
- عدم أخذ ممتلكات الغير أو إتلافها .
- الالتزام بالهدوء وعدم إظهار أصوات مزعجة .
- عدم القيام بتصرفات عدوانية ، أو عنيفة تجاه الآخرين .
- رفع اليد لطلب الإذن للتحدث ، أو الإجابة على الأسئلة .

ويتم تعليق هذه القواعد أو الشروط على لوحة ظاهرة أمام التلاميذ طوال الحصص الدراسية .

ويرى إمبرى Embry (٢٠٠٢) أن لعبة السلوك الجيد منهج تربوي قائم على تسييس الطفل والسيطرة على سلوكه وتطويره ، وفيه يتم تقسيم الأطفال إلى فريقين للمنافسة على أنماط من التعزيز الرمزي بعد التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه ، ويكون هناك سيورة توضع عليها الدرجات لتوضيح أي من الفريقين قد جمع أقل الأخطاء أو المخالفات (الخطأ أو المخالفة هو القاعدة التي تم انتهاكها) ويتم إعطاء جوائز للفريق الذي له أقل عدد من المخالفات ، ويتم إعطاء جوائز أقل للفريق الذي اكتسب أكبر عدد من المخالفات ويضيف تينجستروم وآخرون Tingstrom et al. (٢٠٠٦)

أن لعبة السلوك الجيد أسلوب جماعي من أساليب تعديل السلوك يتم تطبيقه في غرفة الصف بتوزيع التلاميذ إلى مجموعتين أو فريقين بعد توضيح قواعد اللعبة لهم وتسجيلها على لوحة خاصة تعلق داخل الغرفة أو الفصل الدراسي ، كما يتم توضيح شروط الفوز ، وتحديد نوع المعززات التي يحصل عليها الفريق الفائز نتيجة لخفض السلوك السلبي المستهدف وتعديله لدى الأفراد .

ويُعد هذا الأسلوب أداة هامة لخلق الحماس لدى الأفراد ورفع معنوياتهم وتنمية ثقتهم بأنفسهم ، وزيادة التقبل الاجتماعي ، والفرد الذي يثاب على سلوكه الجيد والمقبول يكون حريصاً على تكرار هذا السلوك في المستقبل ، وأظهرت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن لعبة السلوك الجيد أسفرت عن انخفاض ملحوظ في تكرار السلوك العدواني والسلوكيات المخزية ، وخفض السلوك السلبي في غرفة الصف وخفض السلوك الفوضوي ، وأدت إلى تحسين التحصيل الدراسي المتدني .

٢ - الارتقاء باستراتيجيات التفكير البديل :

يهدف برنامج الارتقاء أو تحسين استراتيجيات التفكير البديل Promoting Alternation Thinking Strategies إلى تحسين الكفاءة النفسية - الاجتماعية العامة ، وبناء المهارات المعرفية لدى أطفال المدرسة الابتدائية ، وقام جرينبرج وكوسوشى Greenberg & Kusche (٢٠٠٦) بتدريب المعلمين على استخدام استراتيجيات التفكير البديل لمساعدة الأطفال على الوعي والضبط الانفعالي ، وعلى مهارات حل المشكلات الاجتماعية ، وعلى الرغم من أن منهج استراتيجيات التفكير البديل قد تم تنفيذه في المقام الأول مع الأطفال الذين يدرسون في فصول دراسية منتظمة ، فلقد تم استخدامه أيضاً مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (على سبيل المثال

الأطفال الذين يعانون من المشكلات السلوكية ، والأطفال الذين يعانون من الإعاقة السمعية) وبصفة عامة أوضحت نتائج دراسات جرينبرج وآخرون Greenberg et al. (٢٠٠١ : ٢٠٠٣) أن المتابعة التي استمرت لمدة عام أو عامين أوضحت أن الأطفال الذين يتلقون برنامج الارتقاء باستخدام استراتيجيات التفكير البديل كانوا أفضل في فهم الانفعالات ، وأفضل في أساليب حل المشكلات ، وبينت التقارير انخفاض في المشكلات السلوكية وفي الاندفاعية وذلك بالمقارنة بالأطفال الذين في المجموعة الضابطة .

٣- برنامج الخطوة الثانية : Second Step Program

يهدف برنامج الخطوة الثانية إلى منح السلوك الاندفاعي والسلوك العدواني من خلال تدريس الكفاءة الاجتماعية ، وبالتالي زيادة السلوك المؤيد للمجتمع ، والجوانب المستهدفة هي ضبط الغضب ، والاندفاعية والتقمص الوجداني Empathy ، ويتم إدخال التدريبات التي تشجع على التعميم في كل جلسة (جروسمان وآخرون Grossman et al. ، ١٩٩٧) ، وأوضحت نتائج البحوث التي اعتمدت على هذا البرنامج لدى أطفال المدرسة الابتدائية تحسين مهارات إدارة أو ضبط الغضب ، والتحكم في الاندفاع ، والتقمص الوجداني ، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية ، وحل الصراعات (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) ، وأوضحت نتائج دراسة تايبوب Taub (٢٠٠١) أن الملاحظات السلوكية التي استمرت لمدة ٦ شهور أسفرت عن انخفاض العدوان البدني عقب إجراء التدخل ، وبالإضافة إلى ذلك تمت ملاحظة زيادة في السلوك الذي يستحسنه المجتمع والذي قام بقياسه المعلم في المدرسة التي حدث بها التدخل .

العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة :

أوضحت نتائج المسح القومي الذي أجرته ويبستر- ستراتون وهاموند

Webster-Stratton & Hammond (١٩٩٨) أن انتشار السلوكيات العدوانية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، والذين في عمر دخول المدرسة يصل إلى ١٠ % ، وقد ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٥ % لدى الأطفال الذين يعيشون في أسر متدنية الدخل .

وبدون التدخل العلاجي المبكر فإن المشكلات السلوكية والنفسية مثل العدوان Aggression ، وسلوك المعارضة Oppositional Behavior ، ومشكلات المسلك Conduct Problems لدى الأطفال الصغار قد تصبح أنماطاً شائعة للسلوك بحلول سن الثامنة ، وتبدأ بمسار من المشكلات الدراسية المتصاعدة والتسرب من المدرسة والانحراف والعنف ، ويرى بريستان وآيبرج Brestan & Eyberg (١٩٩٨) أن برامج تدريب الوالدين Parent Training Programs أكبر وأنجح طريقة علاجية لتقليل اضطراب المسلك (CD) Conduct Disorder واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) لدى الأطفال الصغار .

وتوجد مجموعة متنوعة من البرامج المقدمة للوالدين أسفرت عن تحسن مستمر ودال من الناحية الكلينيكية لدى ما لا يقل عن ثلثي الأطفال الصغار الذين تم علاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، وهذه الدراسات التجريبية قدمت الدليل الذي يؤيد نظريات التعلم الاجتماعي التي تلقى الضوء على الدور الحيوي الذي يقوم به الأسلوب الوالدي وفاعلية التأديب في تحديد الكفاءة الاجتماعية للأطفال ، وتقليل المشكلات السلوكية (بريستان وآيبرج Brestan & Eyberg ، ١٩٩٨ ، تايلور وبيجلان Taylor & Biglan ، ١٩٩٨ ؛ باترسون وآخرون Patterson et al. ، ٢٠٠٠) .

والنظرية التي توضح هذه الطريقة العلاجية تقوم على مجموعة

أساسية من البحوث التي توضح أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي يظهرون أوجه عجز في المهارات الاجتماعية السلوكية عندما يتفاعلون مع الأقران (كوى ودودج Coie & Dodge ، ١٩٩٨) ، وفي دراسة قارنت الأطفال الصغار المحولين إلى العيادة النفسية والذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ - ٧ سنوات والذين يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مع مجموعة منظرية للأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية وجد أن أطفال المجموعة الأولى أظهروا بدرجة دالة صفات سلبية أكبر ، وعدد أقل لاستراتيجيات حل المشكلات ، وتأخراً كبيراً في المهارات الاجتماعية خلال التفاعلات أو ردود الأفعال أثناء اللعب مع الأصدقاء وذلك عما في حالة أطفال المجموعة الأخيرة (ويبستر - ستراتون وليندساي Webster-Stratton & Lindsay ، ١٩٩٩) .

ويساعد التدخل في سن مبكرة لدى الأطفال الصغار على نمو المهارات الاجتماعية الفعالة مبكراً كما يساعد أيضاً على تعلم السلوكيات العدوانية قبل أن تصبح هذه السلوكيات أنماطاً دائمة ولقد تم تصميم عدد من البرامج الفردية وبرامج المجموعات الصغيرة لعلاج الأطفال والوقاية من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي عن طريق تعلم المهارات الاجتماعية وأسلوب حل المشكلات إلا أن هذه البرامج العلاجية رغم كفاءتها فإنها أقل فاعلية من الطرائق المتبعة في علاج الوالدين (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) وتقييمات هذه التجارب مع الأطفال الذين تم تشخيصهم أوضحت أن تعلم المهارات الاجتماعية ، واستراتيجيات حل المشكلات ، واستراتيجيات ضبط الغضب كانت مؤثرة وفعالة في تقليل مشكلات المسلك على المدى القصير (ويبستر - ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond ، ١٩٩٧) ، ومع ذلك

فالناتج الطويلة الأمد لم يمكن التأكيد عليها في العديد من التحليلات البعدية الحديثة ، حيث أوضحت نتائج المتابعة تدنى النتيجة ، ومعظم هذه الدراسات تم إجراؤها لبرامج وقائية في المدارس التي بها عينات سكانية متباينة بدون تصنيفات تشخيصية ، كما أن نتائج مثل هذه الدراسات أو البرامج في عيادات الصحة النفسية والتي تم إجراؤها على الأطفال الصغار ذوي اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لم يتم معرفة الكثير عنها ، ومن بين ٤٩ دراسة تمت مراجعتها في مراجعات بيلمان وآخرين Beelmaan et al. كان هناك ثلاث دراسات فقط تم إجراؤها في عيادات الصحة النفسية (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ ب) .

وتؤكد هذه البرامج على تدريب الأطفال على مهارات الاتصال وضبط الغضب وحل المشكلات البينشخصية والامتنال للقواعد المدرسية وتكوين الصداقات الجيدة والمشاركة الوجدانية والوعي النفسي ، وهذا التدخل العلاجي اعتمد بدرجة كبيرة على طرق التدريس التي أثبتت أنها فعالة بدرجة خاصة بالنسبة للأطفال الصغار مثل عمل نماذج باستخدام عرائس أو دمي واستخدام شرائط الفيديو والتدريب والتعزيز أثناء أنشطة الممارسة واللعب الخيالي ولعب الأدوار ، يضاف إلى ذلك أن هذه البرامج تم تعميمها على عدد كبير من الآباء والمعلمين لإبداء ملاحظاتهم وتعزيزاتهم لمهارات معينة يتم مشاهدتها في البيت أو المدرسة ، وتوحي النتائج أن هذه البرامج تحظى باهتمام المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال ، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذه البرامج في خفض المشكلات السلوكية ، وتلقى الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوى الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة .

التدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة :

برامج الوقاية العامة :

هناك مجموعة من أساليب التدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة منها ما

يلي :

١- مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية :

يُعد مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية Seattle Social Development Project تدخل عام تم تصميمه لخفض أو تقليل العدوان عن طريق خلق بيئة مدرسية إيجابية ، وتم استخدام هذا البرنامج الوقائي بدرجة أساسية في المدارس الابتدائية العامة أو الحكومية التي تخدم مناطق بمدينة سياتل Seattle بولاية واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية ، وهذه المناطق تتسم بوجود معدلات عالية في الجريمة ، ويتضمن المشروع تدريباً للمعلمين لزيادة استخدام نظام إدارة الفصل بأسلوب سلوكي غير عقابي مثل التعزيز الإيجابي وتدريب الوالدين والتدريب على حل المشكلات السلوكية والتدريب على المهارات الاجتماعية .

والبحوث الطولية التي تم إجرائها وفقاً لمشروع سياتل للتنمية الاجتماعية أوضحت انخفاضاً في استخدام المشروبات الكحولية ، وانخفاضاً في الانحراف وتحسن في التحصيل الدراسي ، وانخفاض في سوء السلوك داخل المدرسة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذين تلقوا هذا التدخل الوقائي ذكروا أن لديهم المزيد من المشاعر الإيجابية والالتزام بالحضور إلى المدرسة وذلك بالمقارنة بالمجموعات الضابطة (بيرهيل وبرنز Berryhill & Prinz ، ٢٠٠٣) .

٢- أوجه دعم السلوك الإيجابي : Positive Behavior Supports

تهدف هذه الطريقة أو الأسلوب إلى الارتقاء العام بالأداء الوظيفي

الأكاديمي والاجتماعي الايجابي للأفراد على نطاق واسع ، وهذا الأسلوب له تأثير دال في خفض أوجه السلوك التي تتسم بالعناد والتحدي لدى الأطفال الذين لديهم مصاعب أو أوجه عجز تنموية وعقلية ، وأوضحت نتائج البحوث الحديثة فاعلية أو كفاءة أسلوب دعم السلوك الايجابي ك تدخل وقائي واسع الانتشار في المدارس يساعد على خفض حدوث السلوكيات المسببة للمشكلات والمثال الذي يوضح تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على نطاق واسع في المدارس هو تحديد فترة للتدريس يتم فيها عقد ورش عمل للمدرسة بأكملها بما في ذلك أعضاء هيئة التدريس والتلاميذ يتم فيها توضيح التوقعات السلوكية الموجبة التي يجب إتباعها في وقت الفسحة ، وبإتباع هذا التدخل انخفضت الإحالات أو التحويلات بشأن السلوكيات الفوضوية بنسبة ٨٠% (تود وآخرون Todd et al. ، ٢٠٠٢) .

٣- برنامج منع البلطجة : Bullying Prevention Program

يرى عدد كبير من الباحثين أن التمر أو البلطجة Bullying نشاط إرادي واع ومتعمد يقصد به الإيذاء أو العنف يقوم به فرد أو مجموعة من الأفراد ضد فرد غير قادر على الدفاع عن نفسه ، وقد يكون هذا الإيذاء جسدياً أو نفسياً ، ومن أهم دوافع سلوك البلطجة :

- السخرية من الآخرين .
- السيطرة على الآخرين .
- الاعتداء على الآخرين .
- إجبار شخص ما لعمل شيء لا يريد عمله .
- أن يظل البلطجي نجماً بين الأفراد (التحلي بالشعبية بين أقرانه) .

وتحدث البلطجة بعيداً عن أنظار المعلمين ، ويمانع الكثير من الضحايا في الإبلاغ عن التمر أو البلطجة التي حدثت ضدهم بسبب الخوف من

الانتقام ، وعادة ما يبرر البلطجي فعلته وسلوكه ، ويكون الضحايا - في أغلب الأحيان - أضعف جسدياً ، ويفتقرون المهارات الاجتماعية ، ويعانون من تدنى تقدير الذات (أولويس Olweus ، ١٩٩٣) .

وتُعد برامج منع البلطجة تدخلاً وقائياً عاماً يهدف إلى تحسين الإشراف المدرسي ، وردع أعمال البلطجة من خلال غرس الوعي عن طريق إصدار كتيبات إرشادية تقدم الاقتراحات التي يمكن إتباعها لمنع البلطجة ، والبدء في عمل اجتماعات بالفصول الدراسية واستخدامشرطة الفيديو التي توضح ذلك (بيريهيل وبرنز Berryhill & Prinz ، ٢٠٠٣) ، وأظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على تلاميذ المدارس الابتدائية والمدارس المتوسطة بالنرويج Nerway أن هناك انخفاضاً بنسبة ٥٠% في أعمال البلطجة ، وانخفاض الانحراف بما في ذلك أعمال التخريب والمشاجرات والسرقة والهروب من المدرسة وتعاطي المخدرات وتناول المسكرات ، ومن الأمور المثيرة للإعجاب أن النتائج بينت أيضاً وجود تأثيرات دالة في فترة المتابعة التي استمرت عامين بالمقارنة بالمتابعة التي استمرت لمدة عام (جرينبرج وآخرون Greenberg et al. ، ٢٠٠١) .

٤- مشروع تنمية الطفل : Child Development Project (CDP)

يهدف مشروع تنمية الطفل إلى زيادة احترام الأطفال وزيادة مسؤوليتهم في ظل وجود مجتمع مدرسي يهتم بالأطفال ، وتتضمن مكونات هذا المشروع التعلم التعاوني القائم على تشجيع التلاميذ على العمل سوية مع وجود نظام تأديبي لا يلجأ إلى العقاب كوسيلة لضبط السلوك وكذلك وجود أنشطة تتعلق بالقراءة ، وأنشطة بين الأطفال من الصفوف المختلفة ؛ حيث يتم تكوين مجموعات من التلاميذ الأكبر سناً والتلاميذ الأصغر سناً ليقوموا باستكمال الأنشطة معاً ، كما يتضمن المشروع أيضاً أنشطة للوالدين تهتم

بالأمور المنزلية ، وأنشطة لبناء المجتمع يشترك فيها التلاميذ والوالدين والمعلمين والهيئات العاملة بالمشروع بحيث يعملون سوياً داخل المدرسة (لويس وآخرون Lewis et al. ، ٢٠٠٣) .

وأوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن تلاميذ المدارس كان لديهم وفاء والتزاماً عاليين لتنفيذ المهام والأنشطة المتضمنة في المشروع ، وارتقاء في القيم والاتجاهات الشخصية والاجتماعية والأخلاقية وذلك بالمقارنة بالمدارس التي لا تنفذ المشروع ، والمتابعات التي استمرت ثلاث سنوات وأربع سنوات بالنسبة للمدارس التي بها درجة عالية من الالتزام بالبرنامج أوضحت انخفاضاً في كثير من المقاييس التي تتعلق باستخدام المادة والانحرافات السلوكية وذلك بالمقارنة بالمدارس الضابطة (سولومون وآخرون Solomon et al. ، ٢٠٠٠ ؛ بيريهيل وبرنز Berryhill & Prinz ، ٢٠٠٣) .

العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة :

١- التدريب على مهارات حل المشكلات : Problem Solving Skills Training

تم تصميم هذا الأسلوب العلاجي للتغلب على أوجه العجز في المعرفة الاجتماعية ، وكذلك حل المشكلات الاجتماعية التي يمر بها الكثير من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك ، والبحوث التي أجريت على الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أوضحت حدوث أوجه عجز في الطريقة التي يشغلون من خلالها المعلومات الاجتماعية بما في ذلك الطريقة التي يحددون من خلالها الدلائل الاجتماعية ، وتفسير هذه الدلائل وكذلك تطوير الاستجابات المناسبة واتخاذ القرارات بشأن الإجابات المناسبة ، فعلى سبيل المثال فإن بعض الأطفال العدوانيين بدرجة شديدة يميلون إلى أن

ينسبون قصدهم أو نيتهم العدوانية على مواقف الاستقراز الغامضة مع الأقران أو الرفاق والتي تجعلهم أكثر احتمالاً بأن يتصرفوا بعدوانية نحو الأقران ، وهناك أطفال آخرون يتجهون إلى ربط النتائج الموجبة بسلوكهم العدواني مما يجعلهم أكثر احتمالاً أن يختاروا البدائل العدوانية لحل النزاع مع الأقران (دودج وآخرون Dodge et al. ، ١٩٩٧) ، ومعظم برامج التدريب على المهارات السلوكية المعرفية تشمل طريقة ما لجعل الطفل يكف عن الاستجابة الاندفاعية أو الغاضبة ، وهذا يسمح للطفل أن يمر بسلسلة من خطوات حل المشكلة على سبيل المثال كيف يتم التعرف على المشكلات ؟ ، وكيفية التفكير في الاستجابات البديلة واختيار أفضل طريقة ممكنة ومتوافقة للتعامل بمزيد من الفاعلية مع المشكلات التي يتم مواجهتها أثناء التفاعل مع الرفاق ، ورغم بعض الأمور الشائعة فإن البرامج المتعددة لها بالفعل تأكيدات مختلفة إلى حد ما ، فعلى سبيل المثال فإن برنامج التدريب على التعلم الذاتي Self-Instructional Training Program تركز بدرجة كبيرة على الكف عن أو منع الاستجابة الاندفاعية ، وبرنامج التصرف حيال الغضب Anger Coping Program يركز بدرجة أكبر على تغيير التحيزات الإدراكية فيما يتعلق بنية الرفاق وذلك باستخدام منظور التدريب على تولى المهمة والارتقاء بالاستراتيجيات البديلة في التفكير (لوكمان Lochman ، ١٩٩٢) ، ويقوم المعالج بدور إيجابي في هذه البرامج يتمثل في عمل نماذج للمهارات المراد تعلمها ولعب الأدوار للمواقف الاجتماعية وتوصيل التغذية المرتدة ، ومدح استخدام المهارات الملائمة ، ومعظم البرامج يتم تصميمها لتتلاءم مع سمات المجموعة تجنباً للأخطار المحتملة في حالة وجود الأفراد الذين لديهم سمات معادية للمجتمع (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ١٩٩٩) .

ويُعد التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية أحد العلاجات السلوكية المعرفية للوقاية من السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الطفولة ؛ وهذا الأسلوب العلاجي يركز على تدريس وتقوية أو تعزيز مهارات حل المشكلات بين الأطفال الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي وذلك من أجل زيادة قدرتهم على التصرف بطريقة فعالة في المواقف البينشخصية ، وأوضحت نتائج البحوث التي تناولت برنامج التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أنه برنامج فعال في خفض السلوك العدواني ، والسلوك المعادي للمجتمع إلى جانب زيادة الأنشطة الاجتماعية والتوافق المدرسي العام بين الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية ، وتحسين الأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي في المدرسة ، وتعني هذه النتيجة أن التدريب على مهارات حل المشكلات أكثر فاعلية وتأثيراً في خفض أوجه السلوك الفوضوي وزيادة الأنشطة التي تعمل في صالح المجتمع وذلك في البيت والمدرسة ، والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغير علاجي في الاتجاه المنشود ، وإن التغيرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية الاستخدام أو التدريب ، ويعد التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات في ضوء نتائج الدراسات التي تناولت اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين أسلوباً علاجياً واعدأً وفعالاً إلى حد كبير .

والهدف من هذا الأسلوب العلاجي هو تحسين وتطوير مهارات حل المشكلات من أجل تقليل السلوك المعادي للمجتمع والسلوك العدواني في البيت أو المدرسة أو المجتمع المحلي ، وتتضمن السمات الشائعة للبرنامج تعليم الأطفال الاشتراك في منهج أو طريقة تتم خطوة خطوة لفهم المشكلة والعمل على حلها ، فالتركيز المباشر على جوانب معينة من المشكلة يؤدي

إلى التوصل إلى حلول فعالة لها ، ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي العديد من الأساليب والفنيات التي تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصص ، ولعب الأدوار ، والتعزيز ، والنمذجة ، والعقاب المعتدل أو المعقول كققد النقاط أو العلامات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي سواء مع الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى خفض السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي وذلك بدرجة دالة ، وأن المكاسب التي تحققت استمرت لمدة عام بعد العلاج ، كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن الأطفال الأكبر سناً الذين تتراوح أعمارهم من ١١ - ١٣ سنة يستفيدون من العلاج بدرجة أكبر مما يستفيد به الأطفال الأصغر سناً وربما يرجع ذلك إلى تقدمهم في النمو المعرفي (ديورلاك وآخرون Durlak et al. ، ١٩٩١ ؛ كيندال Kendall ، ١٩٩١) ، والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغيير علاجي في الاتجاه المنشود ، وأن التغييرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية الاستخدام أو التدريب .

وأوجه قصور كفاءة معظم البرامج المعرفية السلوكية تتمثل في الصعوبات التي يتم مواجهتها عند جعل الأطفال يستخدمون المهارات التي تعلموها خارج المقر العلاجي ، والمحافظة على المهارات خلال فترة ممتدة من الزمن بعد انتهاء التدخل العلاجي (كندال وآخرون Kendall et al. ، ١٩٩٠) ، ولزيادة عملية التعميم تم تصميم العديد من البرامج لكي يتم تنفيذها خارج المكان النمطي لتقديم الخدمات الصحية والنفسية حتى يمكن

تنفيذ أو تعليم المهارات في البيئة التي سوف تستخدم فيها هذه المهارات ، وأيضاً للارتقاء وزيادة عملية التعميم فإن معظم البرامج تتضمن ممارسة المهارات في أماكن مختلفة، ومع ذلك فالأهم هو أن كل هذه البرامج تتضمن الأفراد الموجودين في البيئة الطبيعية للطفل كالوالدين والمعلمين لكي يبدعوا في استخدام هذه المهارات خارج السياق العلاجي (بيلنج وآخرون Bieling et al. ، ٢٠٠٩) .

٢- برنامج التصرف عند الغضب : Anger Coping Program

تم تطوير برنامج التصرف الإيجابي عند الغضب كبرنامج وقائي يستهدف الأطفال العدوانيين ، وتم إجراؤه على مجموعات صغيرة بالمدارس كما استخدم في تدخلات فردية أيضاً ، ويعد التدريب على ضبط الغضب Anger-Control Training طريقة واعدة لتعليم الأطفال العدوانيين ضبط النفس في المواقف المسببة للغضب والاستفزاز ، وفي هذه الطريقة يتم تعليم الأطفال أن يتحملوا الهجوم اللفظي بدون الرد بطريقة عدوانية وذلك باستخدام أساليب التشتت أو صرف الانتباه مثل التمتمة بنغمة أو لحن ، وقول أشياء مهدئة لأنفسهم أو الابتعاد أو الهروب عن هذه المواقف ، ثم يمارس الأطفال هذه الطرق المتعلقة بضبط الذات أثناء استفزاز صديق لهم أو إهانته لهم ، وتركز طرائق العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة على الفهم المشوه للأحداث الاجتماعية التي يمر بها الأطفال ذوي اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، كما تركز أيضاً على تعديل وتوسيع عمليات التقدير البينشخصي للطفل حتى يمكن للأطفال أن يطوروا فهماً أكثر رقياً للمعتقدات والرغبات عند الآخرين بالإضافة إلى تحسين قدرة الطفل على تنظيم أو ضبط استجابته

النفسية أو الاجتماعية .

ويرى باركلي Barkley (٢٠٠٣) أن التدريب على التحكم في الغضب يتفوق بدرجة واضحة على العلاج الذي يؤكد فقط على العناصر المعرفية ، وتبدأ الجلسات العلاجية لترويض الغضب بأن يطلب المعالجون النفسيون من الأطفال الإفصاح عن العبارات التي يستخدمها الرفاق وتسبب لهم الإغظة والاستفزاز ، ويقوم الأطفال بكتابة هذه العبارات أو ذكرها ، ومثل هذا الإفصاح الصريح قد يؤدي إلى الإحراج أو السخرية ، ولكن وجود جو يتسم بالثقة في الجماعة أو المعالج يساعدهم في التغلب على هذه المشاعر ، وبعد ذلك يقوم المعالج بتوضيح كيفية استخدام هذه العبارات في السيطرة على الذات ، ثم يبدأ المعالج بسؤال الأطفال عن اقتراحاتهم حول أنسب الطرق للتصرف في هذه المشكلة وبعد ذلك يقدم اثنان من المرشدين بالاشتراك مع بعضهما مناقشة ساخرة بطريقة تبدو عفوية ، ولكن تم التخطيط لها من قبل ، ويتجاوب المرشد القائم بدور الضحية في هذه المناقشة بطريقة عدائية لفظية في أول الأمر ، والهدف هنا هو إثارة دهشة الأطفال وتحفيزهم على مناقشة ما حدث وأن يقوموا بذكر الأسلوب الأفضل الذي كان بإمكان المرشد الذي تمت إغاظته أن يفعله ، وتكرر هذه المناقشة والمجادلة عدة مرات بهدف إدخال مقترحات الأطفال من أجل المزيد من السيطرة على النفس من جانب الشخص الذي يكون ضحية العمل الاستفزازي ويمكن استخدام طريقتان لترويض الغضب هما :

- أن يكظم الفرد غضبه في داخله .

- أن يوجه الفرد الغضب نحو نفسه .

وترى يونج Young (٢٠٠٢) أنه يجب إدخال طرائق متعددة

لترويض الغضب منها الابتعاد عن مصدر الاستفزاز ، وإعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية ، ومن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر الأفراد أثناء الاضطراب ، وسيكون ذلك مهماً على نحو خاص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطراب يعتقدون أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الناس معادين لهم ؛ لذا ينبغي على المعالج تعليم هؤلاء الأفراد أن يفكروا ويواجهوا التشوهات المعرفية ويتصدون لها ، ويكون من المفيد تعليم هؤلاء الأفراد أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم .

ومعظم الطرائق السابقة هي طرائق وقائية تركز في المقام الأول على الأطفال الصغار الذين يظهرون سلوكاً انحرافياً خطيراً ، وبمجرد أن يحتك الأطفال أو المراهقين ذوي اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي بالشرطة والمحاكم يصبح من الصعب بدرجة كبيرة أن نعيد توجيههم إلى الطرائق الحياتية الملزمة بمعايير المجتمع والسلوك الحميد ، وهذا يثير نقطة في غاية الأهمية وهي أن تفادي الاحتكاك بالشرطة والمحاكم يعتبر ضرورياً للنجاح في علاج الأفراد المنحرفين .

التدخل في مرحلة المراهقة المبكرة
برامج الوقاية العامة :

١ - التدريب على المهارات الحياتية : Life Skills Training

يُعد برنامج التدريب على المهارات الحياتية مثلاً لبرنامج تدخل عام تم تصميمه لمنع سوء استخدام المادة لدى المراهقين ، وتم تطوير هذا البرنامج لاستخدامه لدى تلاميذ مرحلة المراهقة المبكرة ، ويتم تنفيذه في ١٥ جلسة (حصة دراسية) خلال السنة الأخيرة بالمرحلة الإعدادية مع جلسات تكميلية للتقوية أو التعزيز خلال السنتين التاليتين ، وتم استخدام

الأساليب الفنية للتدريب على المهارات المعرفية السلوكية لتعليم التلاميذ مهارات الإدارة الذاتية والمهارات الاجتماعية ، ومهارات مقاومة المخدرات ، وقد أتضح أن البرنامج كان فعالاً ومؤثراً بدرجة عالية في تقليل تناول المشروبات الكحولية واستخدام التبغ والمارجوانا Marijuana وذلك في سلسلة من التجارب العشوائية من أجل التحقق من كفاءة البرنامج ، ودعمت نتائج التقييم فاعلية البرنامج على المدى الطويل بالإضافة إلى قابليته للتعميم على مجموعات متنوعة من الناحية الجغرافية ، والاجتماعية - الاقتصادية ، والسلالية أو العرقية (بوتفن وجريفن Botvin & Griffin ، ٢٠٠٤ ؛ ماثيوس ولويمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

٢ - الاستجابة (الرد) بطرق سلمية وإيجابية :

Responding in Peaceful and Positive Ways

يساعد الرد بطرق سلمية وإيجابية المراهق على تعليم خطوات حل المشكلات ، ومهارات الاتصال الأفضل ، والأساليب الفنية للإنجاز أو التحصيل الأمر الذي يسهم في الارتقاء بأسلوب نبذ العنف لدى تلاميذ مرحلة المراهقة المبكرة (فاريل وآخرون Farrell et al. ، ٢٠٠١) ، وتم تشجيع المراهقين على تضمين المهارات المكتسبة من البرنامج وذلك من خلال تكرار الخطوات الخاصة بحل المشكلات باستخدام الأداء المسرحي والتعلم التجريبي والتدريس الفعلي (فاريل وآخرون Farrell et al. ، ٢٠٠٣) ، وبينت النتائج أن التدخل العلاجي الخاص بالرد بأساليب سلمية وإيجابية أدى إلى انخفاض العقاب المدرسي لدى المراهقين نتيجة الاشتراك في أعمال العنف ، وتمثل هذا الانخفاض في وجود تكرار أقل لمرات الإيقاف عن الدراسة (الطرد من المدرسة ، أو الفصل المؤقت من المدرسة) وذلك بالمقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة ، كما وجدت فروق تتعلق بالجنس أو النوع فالمراهقين الذكور كان لديهم عدد مرات أقل في الفصل من

المدرسة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة وذلك لمدة عام بعد إتباع هذا التدخل الوقائي ، بينما الفتيات المراهقات لم يحافظن بدرجة كبيرة على مرات الانتظام في المدرسة ؛ حيث كانت مرات إيقافهن عن الدراسة منخفضة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ، وعلى وجه العموم فإن التلاميذ الذين كان لديهم أعلى المعدلات في أوجه السلوك الفوضوي قبل تلقيهم لهذا النوع من التدخل قد حققوا أعظم فائدة من وراء استخدام الرد بطرق سلمية وإيجابية (فاريل وآخرون . Farrell et al. ، ٢٠٠١) .

٣- التنمية الإيجابية للشباب : Positive Youth Development

تُعد التنمية الإيجابية للشباب تدخلاً وقائياً عاماً يهدف إلى زيادة الكفاءة الاجتماعية والشخصية لدى مراهقي المرحلة المبكرة ، والجلسات التي يتضمنها التدخل العلاجي تغطي موضوعات عن إدارة الضغوط النفسية وتقدير الذات وحل المشكلات ومعلومات عن سوء استخدام المادة ومعلومات عن الصحة العامة ، والتدريب على إثبات الشخصية أو التوكيدية (كابلان وآخرون . Caplan et al. ، ١٩٩٢) ، والدراسات التي قارنت الرد بطريقة سلمية وإيجابية بمجموعات ضابطة وجدت أن المراهقين الذين تلقوا هذا التدخل الوقائي قد تحسّنوا في حل الصراعات بطريقة إيجابية ، واستطاعوا التحكم جيداً في الاندفاع وتحسّنت شعبيتهم وذلك طبقاً لتقديرات المعلمين ، كما أن المراهقين في مجموعات الرد بطريقة سلمية وإيجابية أظهروا زيادة في استخدام مهارات حل المشكلات وانخفاض النية لاستخدام المواد المخدرة والخمور (جرينبرج وآخرون . Greenberg et al. ، ٢٠٠٣) .

٤- مشروع البيئة الانتقالية المدرسية : School Transitional Environment Project

يستهدف هذا المشروع مهارات المواقعة لدى المراهقين خلال المراحل الانتقالية مثل الانتقال من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة الإعدادية

والانتقال من المدرسة الإعدادية إلى المدرسة الثانوية ، وأحد مكونات مشروع البيئة الانتقالية المدرسية هو التعرف على النظام المدرسي الاجتماعي القائم ، ويهتم هذا المشروع أيضاً بإعادة النظر في الدور الذي يقوم به المدرس عن طريق تشجيعه بأن يكون همزة الوصل الرئيسية بين الوالدين والمدرسة مع زيادة الدعم الكلي له ، وأوضحت المتابعة الطويلة الأمد لتلاميذ المرحلة الإعدادية ، وتلاميذ المرحلة الثانوية الذين يتلقون مشروع البيئة الانتقالية المدرسية وجود نسبة انخفاض تصل إلى ٥٠% في معدلات التسرب ، وارتفاع مستوى التحصيل الدراسي ، والانتظام في المدرسة ، كذلك أوضحت نتائج الدراسات المتعددة التي أجريت في هذا الصدد أن مشروع البيئة الانتقالية المدرسية يحدث تغيراً مدرسياً كاملاً تتحسن فيه تماماً المصاعب النفسية الاجتماعية والسلوكية والدراسية بالمقارنة بالمجموعات الضابطة (فينر وآخرون Feiner et al. ، ١٩٩٤) .

العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة :

فن ضبط النفس : The Art of Self Control

يقصد بضبط النفس قدرة الفرد على توجيه مشاعره وأفكاره وإمكانياته نحو الأهداف التي يصبو إليها ، فالذات أو النفس هي ما يملكه الفرد من مشاعر وأفكار وإمكانيات وقدرات ، وإدارتها أو ضبطها تعني استثمار ذلك كله الاستثمار الأمثل في تحقيق الأهداف والآمال ، وهذه القدرات منها ما هو موجود بالفعل ومنها ما يحتاج أن يتم اكتسابه بالممارسة والمران .

ويتكون هذا البرنامج العلاجي من ١٢ جلسة جماعية مدة كل منها تتراوح من ٤٥ - ٩٠ دقيقة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وذلك في الأماكن التي تتواجد بها عيادات خارجية ، بينما يتم عقد جلستين أسبوعياً في أماكن العلاج الأخرى ، وتتكون كل مجموعة علاجية من ٨ - ١٢ عضواً ، وعادة

يكون قادة الجلسات من المتخصصين في رعاية الطفل أو الطب النفسي أو الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين أو المعلمين ، وقد يتم الاستعانة بالوالدين ويقدم البرنامج تدريباً على الاسترخاء ، والتعلم الذاتي ، واستخدام استراتيجيات المجاهدة أو التصرف تجاه الغضب ، والمراقبة الذاتية للغضب والمواقف المسيبة للصراعات ، وأساليب أو طرق حل المشكلات والعينات السكانية التي تم فحصها تضمنت المراهقين الذين جربوا أو مروا بتاريخ للعدوان (على سبيل المثال المراهقين الذين تم إيقافهم عن الدراسة لمرات عديدة ، والمراهقين المنحرفين ، وكذلك المراهقين المقيمين بمستشفيات العلاج النفسي) ، وهذا البرنامج تم تعديله لاستخدامه بدرجة أساسية مع المراهقين المسجونين ، وهذا التعديل أطلق عليه برنامج التدريب على التحكم في الغضب (كابلدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وكشفت نتائج البحوث التي استخدمت هذا البرنامج حدوث انخفاض دال في السلوك العدواني المشين ، وحدث تحسن دال في كل من القدرة على حل المشكلات ، وفي المهارات الاجتماعية ، وفي التأمل المعرفي ، وفي الاندفاعية التي تم تقديرها أو تقييمها من جانب الكبار ، وفي ضبط النفس (فيندلر وإكتون Feindler & Ecton ، ١٩٨٦) .

الفصل التاسع

علاج اضطراب المسلك واضطراب الغناد والتحدى وتقوية الكفاءة النفسية والاجتماعية لدى الأطفال

مقدمة :

أوضحت نتائج المسح القومي الذي أجرته ويبستر - ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond (١٩٩٨) أن انتشار السلوكيات العدوانية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، والذين في عمر دخول المدرسة يصل إلى ١٠% ، وقد ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٥% لدى الأطفال الذين يعيشون في أسر متدنية الدخل .

وبدون التدخل العلاجي المبكر فإن المشكلات السلوكية والنفسية مثل العدوان Aggression ، وسلوك المعارضة Oppositional Behavior ، ومشكلات المسلك Conduct Problems لدى الأطفال الصغار قد تصبح أنماطاً شائعة للسلوك بحلول سن الثامنة ، وتبدأ بمسار من المشكلات الدراسية المتصاعدة ، والتسرب من المدرسة ، والانحراف والعنف ، ويرى هارستاد وبارباريزي Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن برامج تدريب الوالدين Parent Training Programs تعد أكبر وأنجح طريقة علاجية لتقليل اضطراب المسلك (CD) Conduct Disorder واضطراب العناد والتحدى Oppositional Defiant Disorder (ODD) لدى الأطفال الصغار .

وتوجد مجموعة متنوعة من البرامج المقدمة للوالدين أسفرت عن تحسينات مستمرة ودالة من الناحية الكلينيكية لدى ما لا يقل عن ثلثي الأطفال الصغار الذين تم علاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى ، وهذه

الدراسات التجريبية قدمت الدليل الذي يؤيد نظريات التعلم الاجتماعي التي تلقى الضوء على الدور الحيوي الذي يلعبه الأسلوب الوالدي وفاعلية التأديب في تحديد الكفاءة الاجتماعية للأطفال ، وتخفيف حدة اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي (باترسون وآخرون . Patterson et al. ، ٢٠٠٠) .

ورغم الدليل الواضح على كفاءة برامج تدريب الوالدين كطريقة علاجية ، فإن هذه الطريقة يؤخذ عليها ما يلي :

١- أوضحت نتائج عدد من الدراسات أنه على الرغم من أن برنامج تدريب الوالدين أسفر عن تحسن دال في سلوك الطفل في البيت إلا أنه لا يؤدي إلى حدوث التحسن الدال في المدرسة ومع الأقران (مابي Mabe ، ٢٠٠٣) .

٢- أوضحت تقارير المعلمين أن ثلث الأطفال تقريباً الذين يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي والذين تلقى والديهم برنامج تدريب الوالدين استمروا في أن يكون لديهم مستويات كلينيكية (مرضية) تتعلق بحدوث مشكلات سلوكية مع الأقران إلى جانب السلوك العدواني في حجرة الدراسة بعد مرور ثلاث سنوات من العلاج (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

٣- أن بعض الآباء لا يداومون على الاشتراك في برنامج تدريب الوالدين وذلك بسبب صراعات العمل ، ومنغصات أو ضغوط الحياة ، أو نقص الدافعية .

٤- أن بعض الآباء يتلقون البرنامج العلاجي الخاص بتدريب الوالدين ، ولكن يكون لديهم صعوبة في تنفيذ أو تفعيل الاستراتيجيات التي تم تعلمها في البرنامج ، وذلك بسبب الطبع الصعب لطفلهم (ريد وآخرون . Reid et al. ،

وهذه التحديات أو أوجه القصور في برنامج تدريب الوالدين أدت إلى إتباع طريقة أخرى لعلاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لدى الأطفال بمعنى تدريب الأطفال بطريقة مباشرة على المهارات الاجتماعية ، وحل المشكلات وضبط الغضب .

والنظرية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب العلاجي تقوم على مجموعة أساسية من البحوث التي أوضحت أن الأطفال الذين يعانون من المشكلات السلوكية يظهرون أوجه عجز في المهارات الاجتماعية السلوكية عندما يتفاعلون مع الأقران (كوى ودودج Coie & Dodge ، ١٩٩٨ ؛ لارمار وجريفت Larmar & Griffith ، ٢٠٠٦) ، وفي دراسة قارنت الأطفال الصغار المحولين إلى العيادة النفسية والذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ - ٧ سنوات والذين يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مع مجموعة مناظرة للأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية ، وجد أن المجموعة الأولى أظهرت بدرجة دالة صفات سلبية أكبر ، وعدد أقل لاستراتيجيات حل المشكلات ، وتأخراً كبيراً في المهارات الاجتماعية خلال التفاعلات أو ردود الأفعال أثناء اللعب مع الأصدقاء وذلك عما في حالة المجموعة الأخيرة (ويبستر - ستراتون وليندساي Webster-Stratton & Lindsay ، ١٩٩٩) .

ويتعلم الأطفال ذوي الكفاءة الاجتماعية بسهولة الاستراتيجيات التي تساعد على التفاعل الإيجابي مع الآخرين في البيت والمدرسة ، والأطفال الذين لديهم طابع صعبة تتمثل في النشاط الزائد والاندفاعية ونقص الانتباه ، والذين

ينحدرون من خلفيات اجتماعية واقتصادية متدنية يكون لديهم صعوبة في تعلم ضبط الغضب ، والمهارات الاجتماعية ، والسيطرة على الانفعالات والضبط النفسي ، ومهارة تكوين واستمرار الصداقات ، ونظراً لأن نمو هذه المهارات ليس ذاتياً بالضرورة بالنسبة لهؤلاء الأطفال فالحاجة ملحة للتعرف على هؤلاء الأطفال واستهدافهم لإجراء تدخل علاجي إضافي (بريديكامب وكوبل Bredekamp & Copple ، ١٩٩٧) ويُعد سن ما قبل دخول المدرسة والصفوف الأولى بالمدرسة وقت استراتيجي للتدخل مباشرة مع الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مبكر الحدوث ، وذلك قبل أن تتبلور السلوكيات السلبية وفي غياب التدخل العلاجي فإن المشكلات السلوكية لدى الأطفال تزداد وخاصة بعد أن يدخل الطفل المدرسة مما يضعه في مخاطرة متزايدة من جراء النبذ من جانب الأقران ونمو المهارات الاجتماعية الرديئة (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويساعد التدخل في سن مبكرة على نمو المهارات الاجتماعية الفعالة ، كما يمنع تعلم السلوكيات العدوانية قبل أن تصبح هذه السلوكيات أنماطاً دائمة ، ولقد تم تصميم عدد من البرامج الفردية ، وبرامج المجموعات الصغيرة لوقاية الأطفال وعلاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي عن طريق تعلم المهارات الاجتماعية وأسلوب حل المشكلات إلا أن هذه البرامج العلاجية رغم كفاءتها فإنها أقل فاعلية من الطرائق المتبعة في علاج الوالدين (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) وتقييم هذه التجارب مع الأطفال الذين تم تشخيصهم أوضحت أن تعلم المهارات الاجتماعية ، واستراتيجيات حل المشكلات ، واستراتيجيات ضبط الغضب كانت فعالة في

تقليل مشكلات المسلك على المدى القصير (ويبستر - ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond ، ١٩٩٧) ، ومع ذلك فالنتائج الطويلة الأمد لم يمكن التأكيد عليها في العديد من التحليلات البعدية ؛ حيث أوضحت نتائج المتابعة تدنى النتيجة ، ومعظم هذه الدراسات تم إجراؤها لبرامج وقائية في المدارس التي بها عينات سكانية متباينة بدون تصنيفات تشخيصية ، كما أن نتائج مثل هذه الدراسات أو البرامج في عيادات الصحة النفسية والتي تم إجراؤها على الأطفال ذوي اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لم يتم معرفة الكثير عنها ومن بين ٤٩ دراسة تمت مراجعتها كان هناك ثلاث دراسات فقط تم إجراؤها في عيادات الصحة النفسية (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

وفشل برامج علاج الطفل والوالدين في تحقيق التحسن طويل الأمد لدى بعض الأطفال ينشأ من التركيز الضيق للمقابلة الشخصية على عامل مخاطرة واحد ، فمعظم برامج الوالدين تركز بدرجة كبيرة جداً على تدريب الوالدين على ضبط السلوك الاجتماعي لأطفالهم في البيت بدلاً من مساعدتهم على علاج المشكلات الأكاديمية في المدرسة أو مشكلات العلاقة مع الأقران ، كما أن برامج تدريب الوالدين تفشل غالباً في أن تشرك المعلمين في خطط العلاج ، ومن ناحية أخرى فإن مجموعات العلاج التي تركز على المهارات الاجتماعية للأطفال تعالج بالفعل أوجه العجز الاجتماعية والنفسية عند الأطفال ، ولكن يتم إجراؤها غالباً بدون تدخلات وبدون تعاون مع والدي ومعلمي الطفل مما يجعل التعميم للمهارات الجديدة عبر المواقع أو الأماكن عملية صعبة ، ولكي

يحدث التعميم عبر الأماكن المختلفة يجب أن يتضمن العلاج الوالدين والمعلمين حتى يستفيدوا من العلاج المقدم بطريقة طبيعية في البيت والمدرسة لتعزيز السلوكيات الاجتماعية الملائمة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن علاجات الأطفال الصغار في السن ربما لم تكن فعالة أو مؤثرة إما لأنها كانت معرفية في توجهها بدرجة أكثر من اللازم (أي بلا ممارسات سلوكية كافية) ، وليست موجهة لمستوى نمو الأطفال أو لأنها لم يتم تصميمها لتقي بالاحتياجات النوعية للأطفال ذوي التشخيص الخاص (كابليدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، ويهدف هذا الفصل إلى وصف برنامج علاجي صمم خصيصاً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ - ٨ سنوات إلى جانب تحقيق الأهداف المتمثلة في تصميم الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل العلاجي لأوجه العجز الاجتماعية والنفسية والمعرفية التي يعرضها أو يظهرها الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية تتمثل في اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، ويؤكد هذا البرنامج العلاجي على تدريب الأطفال على المهارات مثل مهارات الاتصال ، وضبط الغضب ، وحل المشكلات البينشخصية ، والامتثال للقواعد المدرسية ، وتكوين الصداقات الجيدة ، والمشاركة الوجدانية ، والوعي النفسي ، وهذا التدخل العلاجي اعتمد بدرجة كبيرة على طرق التدريس التي أثبتت أنها فعالة بدرجة خاصة بالنسبة للأطفال الصغار مثل عمل نماذج باستخدام عرائس أو دمي واستخدام شرائط الفيديو ، والتدريب والتعزيز أثناء أنشطة الممارسة ، واللعب الخيالي ، ولعب الأدوار ، يضاف إلى ذلك أن هذا البرنامج تم

تعميمه على عدد كبير من الآباء والمعلمين لإبداء ملاحظاتهم وتعزيزاتهم لمهارات معينة يتم مشاهدتها في البيت أو المدرسة .

ويصلح هذا البرنامج العلاجي للتطبيق على الأطفال الذين يطلبون العلاج بعيادات الصحة النفسية أو المراكز المتخصصة في علاج المشكلات السلوكية برفقة والديهم ، وتتمثل معايير السماح بالاشتراك في العلاج فيما يلي :

- أن يتراوح عمر الطفل بين ٤ - ٨ سنوات .
- ألا يكون للطفل تاريخ يفيد بأنه مريض بالذهان ، ولم يتلق أي شكل من أشكال العلاج النفسي وقت تحويله للعلاج .
- أن تكون المشكلة التي أدت إلى تحويل الطفل للعلاج مشكلة سلوكية في المقام الأول (على سبيل المثال عدم الامتثال والعدوان وسلوك التحدي والمعارضة) لمدة ستة شهور على الأقل .
- أن يذكر الوالدين وجود ما يزيد على ١٠ مشكلات سلوكية من جانب الطفل طبقاً للدرجة القاطعة الموصى بها لتصفية الأطفال للعلاج من المشكلات السلوكية في قائمة آيبرج لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ، وأن يكون متوسط عدد المشكلات السلوكية طبقاً لدرجة المشكلات في قائمة آيبرج توضح أن الأطفال يقعون في المدى الكلينيكي .
- أن ينطبق على الطفل المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك ، و المعايير التشخيصية لاضطراب العناد والتحدي وذلك طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric

Association (٢٠٠٠) أو معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠١٣) .

والأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتم تحديدهم أيضاً نظراً للحالة المرضية المشتركة العالية بين اضطراب العناد والتحدي واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ويستهدف البرنامج العلاجي الأطفال ذوي المشكلات السلوكية (اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي) ، وهو مناسب أيضاً لعلاج المشكلات المرضية المصاحبة مثل المشكلات المتعلقة بالانتباه والنبذ من جانب الأقران ، ويتكون البرنامج من ١٨ - ٢٢ جلسة ، ومدة الجلسة الواحدة ساعتان ، ويمكن أن يقدم هذا البرنامج بواسطة الأخصائيين في الطفولة المبكرة والذين لديهم خبرة في علاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية أو المشكلات السلوكية التي تحدث مبكراً ، ويتلقى المعالجون في هذا البرنامج تدريباً مكثفاً لمحتوى وطرائق العلاج ويستخدمون الأدلة الشاملة التي يستخدمها قائد المجموعة والتي تصف محتوى الجلسة وأهدافها وشرائط الفيديو التي يتم عرضها ، ويتم مراقبة اكتمال العلاج من خلال بروتوكولات الجلسات بالإضافة إلى المراجعات التي يقوم بها المشرف وشريط فيديو الأقران أو الرفاق .

وعند العمل مع الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية ، فإن اكتساب تعاونهم وامتثالهم يساعد على الاختلاط بهم وتعليمهم ، وأوضحت نتائج البحوث

التي أجريت في هذا الصدد أن هؤلاء الأطفال غير ممثلين بنسبة تتراوح من ٨٠ : ٩٠% تقريباً لأوامر وطلبات الوالدين والمعلمين (ويبستر - ستراتون وليندساى Webster-Stratton & Lindsay ، ١٩٩٩) ؛ ولهذا فإن أحد المهام الأولى لهذا البرنامج العلاجي هي تعليم إجراءات التدريب على الامتثال ، والجلسات الجماعية الأولى تركز على أهمية إتباع قواعد المجموعة (إتباع التوجيهات أو رفع الأيدي بهدوء ، واستخدام صوت هادئ وودود) ويتم عرض القواعد ولعب الأدوار وممارستها مع الأطفال باستخدام دمي كبيرة الحجم ، ويتم إعطاء الحوافز في حالة إتباع القواعد ، ويتم التنبيه على الأطفال بأن الحرمان من الحوافز والأنشطة يكون نتيجة لضرب أو إيذاء شخص آخر ، ويصف المعالجون بوضوح إجراء الإبعاد المؤقت (*) Time - Out كرد فعل لضرب أو إيذاء شخص آخر ، ويشاهد الأطفال مشهداً مصوراً على شريط فيديو لطفل يذهب لقضاء الإبعاد المؤقت ويبقى هادئاً ، وبعد ذلك يتم استخدام الدمي لعمل نموذج لجميع الخطوات المتبعة للإبعاد المؤقت ، ويمارس الأطفال هذه الخطوات ويتدربون على استخدام العبارات الذاتية الموجبة أثناء الإبعاد المؤقت ، كما يتم تعليمهم أن يساعدوا أصدقائهم المفروض عليهم الإبعاد المؤقت وذلك عن طريق تجاهلهم حتى يعودون للمجموعة ، وعندما يعود الطفل إلى المجموعة بعد الإبعاد

* أسلوب علاجي يتم من خلاله إبعاد الطفل في مكان أقل تدعياً بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك غير ملائم ، وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح من دقيقتين إلى عشر دقائق حسب عمر الطفل ، ويترك الطفل بمفرده خلال تلك الفترة دون اهتمام من أحد ، ويجب أن يكون المكان الذي يعزل فيه الطفل خالياً من أي شيء يتعامل معه الطفل حتى لا تصبح هذه الأشياء مغزراً لتكرار السلوك غير المرغوب .

المؤقت يبحث المعالجون عن أول فرصة لإعادة اشتراكه مع المجموعة ويمدحونه عندما يسلك بطريقة ملائمة ، ويتم إجراء الإبعاد المؤقت بأقل طريقة ممكنة بحيث يطلب من الأطفال أولاً أن يذهبوا للجلوس في المكان المخصص لذلك في آخر الحجرة ويتم تجاهل الأثنين أو العواء أو النحيب ذو المستوى المنخفض وكذلك السلوك الملتوي طالما كان الطفل يجلس على الكرسي ، أما باقي الأطفال الذين يكون سلوكهم مضطرباً يتم تحذيرهم قبل اصطحابهم إلى حجرة منفصلة لاستكمال الإبعاد المؤقت .

ويجب أن تتطابق الطرق أو العمليات الخاصة بتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال الصغار مع أساليب تعلم الأطفال وطباعهم وقدراتهم المعرفية ، فخلال الفترة العمرية التي تتراوح من ٤ - ٨ سنوات توجد فروق شاسعة في القدرات الإنمائية للأطفال ، فبعض أطفال المجموعة ربما يقرأون بطلاقة ، وهناك أطفال آخرون ربما لا يستطيعون القراءة إطلاقاً ، وبعض الأطفال يكونون قادرين على فهم الأفكار المعقدة نسبياً مثل كيفية تقييم النتائج المحتملة لعمل ما ، بينما هناك أطفال آخرون لديهم فكرة بسيطة على التنبؤ بالنتائج ، ويقدم البرنامج المحتويات وثيقة الصلة بالنواحي التي يهتم بها الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وفي سن الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية ، وحينئذ يقوم المعالج بتقديم المحتوى للطفل طبقاً لاحتياجاته ، والأجزاء التالية تقدم الخطوط الإرشادية ، وتصميم أسلوب تقديم البرنامج طبقاً لاحتياجات المجموعة .

وهذا البرنامج صمم خصيصاً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ - ٨ سنوات ، وهذا الخليط العمري يعتبر مثالياً وذلك لأن الأطفال الأكثر نضجاً يمكن أن يشتركوا في أدوار المساعدة ، وهذا يعنى أيضاً أن المجموعة تتكون من

أطفال يختلفون في القدرة اللفظية ، كما يجب اختيار مجموعات من الأطفال من مستوى نمائي أو عمري مشابه حتى يكون لدى كل طفل رفيق واحد على الأقل في نفس المستوى بالنسبة للجنسين (الذكور والإناث) ، ومن المهم ألا توجد مجموعة بها فتاة واحدة ، فمعظم البنين أو الأولاد الذكور يظهرون المشكلات السلوكية بدرجة أكبر من البنات ؛ ولذا فإن معظم المجموعات يجب أن تتكون أساساً من البنين ، ولأسباب عملية يجب أن تتكون المجموعات من أطفال يمثلون خليطاً من أنواع الطباع وأن يتراوح العدد في كل مجموعة بين ٥ - ٦ أطفال .

ويقوم المعالجون بالإعداد والتخطيط لكل جلسة ويطلعون على الأهداف ويصممون لعب الأدوار واستراتيجيات التعلم أو التدريس طبقاً للأهداف المحددة لكل طفل في المجموعة استناداً إلى إجراءات التقدير ، والسلوكيات السلبية والسلوكيات الإيجابية المستهدفة ، ويقوم المعالجون بالتشاور مع قائد كل مجموعة بشأن أي السلوكيات تم تجاهلها ، وأي السلوكيات تم امتداحها أو تعزيزها لزيادة المهارات الاجتماعية المستهدفة (بيار Bear ، ١٩٩٨) .

وتستمر الجلسة الافتتاحية من ١٥ - ٢٠ دقيقة يتم فيها تقديم المحتوى بحيث يتمشى مع المستويات الإنمائية ومن المهم أن يحدث التعلم التفاعلي وال جذاب أو الممتع الذي يتناسب مع مستوى الأطفال في المجموعة ، والهدف هنا هو تقديم محتوى جديد للأطفال ؛ ولذا يبدأ الأطفال في زيادة حصيلتهم من الأفكار والاستجابات ، ويتم استخدام شرائط الفيديو والدمى ، وكذلك استخدام أساليب حل المشكلات ، ولعب الأدوار ، والتعلم التعاوني ، وبعد كل صورة وصفية لبعض الشخصيات والمواقف يقوم المعالج باستخراج الأفكار من الأطفال

ويشركهم في مناقشة حل المشكلات وربود الأفعال ، ومن أجل زيادة التعميم فإن المشاهد التي يتم اختيارها يجب أن تتضمن المواقف الحياتية الحقيقية في المدرسة (على سبيل المثال الملعب وحجرة الدراسة وحجرات الأنشطة) ، وتمثل بعض الصور الوصفية الموجزة الأطفال الذين يسلكون أو يتصرفون بطرق اجتماعية موجبة مثل مساعدة المعلمين ، واللعب بطريقة جيدة مع الرفاق أو استخدام طرق حل المشكلات أو أساليب ضبط الغضب ، كما توجد صور وصفية أخرى تقدم أمثلة لأطفال لديهم صعوبات في مواقف الصراع أو النزاع (ويبستر - ستراتون وزيد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

وتعرض شرائط الفيديو أمثلة لأطفال من أعمار مختلفة وثقافات متباينة ، وتفاعل هؤلاء الأطفال مع أطفال آخرين ، وبعد مراجعة الصور الوصفية يقوم الأطفال بمناقشة مشاعرهم ويقررون ما إذا كانت الأمثلة تعبر عن اختيارات جيدة أم اختيارات سيئة ، وعلى الرغم من أن بعض الأمثلة السلبية لشرائط الفيديو قد تم عرضها حتى يمكن للأطفال أن يتعلموا كيف يدركون الموقف ، فإن البرنامج يستخدم عدداً من الأمثلة الموجبة بدرجة أكبر من الأمثلة السلبية (النسبة من ٥ : ١) ويتم تدريب الأطفال على كيفية اتخاذ قرار بشأن أي مشكلة من المشكلات التي يشاهدونها في الصور الوصفية الموجزة عن الشخصيات والمواقف (وليرى Wolery ، ٢٠٠٠) .

وفي الجلسة التالية يقوم المعالج بمدح السلوك الاجتماعي الايجابي ، ويقوم الأطفال بعمل نماذج والتدريب على المهارات الاجتماعية المناسبة وذلك عندما يشترك الأطفال في أنشطة لها صلة بمحتوى الجلسة ، فربما يعملون في صورة تعاونية أو يلعبون لعبة تتضمن انتظار الأدوار ، وخلال العشر دقائق أو الخمسة

عشر دقيقة المتبقية في الجلسة يقوم قائد المجموعة بمغادرة الجلسة ليتقابل مع الوالدين ويعطى لهم موجزاً عن محتوى الجلسة والتوصيات بشأن الأنشطة المنزلية التي تعزز من التعلم الجديد للطفل ، وخلال هذا الوقت يقوم معالج آخر بمساعدة الأطفال على عد الرقائق المعدنية التي حصلوا عليها والتي تتحول إلى جوائز ، يلي ذلك وقت للمدح ومراجعة لأنشطة الواجب المنزلي ، وفي كل أسبوع يقوم الأطفال بعمل أنشطة الواجب المنزلي الخاص ويستكملونه في البيت مع والديهم ، ويطلب من الوالدين أن يوقعوا على أنشطة الواجب المنزلي حتى يعرف المعالج أن الوالدين قد تم إحاطتهما بالمحتوى وأنهما يساعدان الطفل في الواجبات المنزلية (كابلدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

أنشطة الممارسة :

- استخدام الدمى في عرض نماذج السلوك الملائم :

يستخدم المعالجون دمية على شكل ولد أو بنت وفي حجم الولد أو البنت لكي يقوموا بعمل نماذج للسلوك الملائم أو المناسب من جانب الطفل ، ومن الدميات دمية تعمل كمديرة للمدرسة وتقوم بتعليم الأطفال القواعد المدرسية وأن يبلون بلاءً حسناً ، وهناك دمية ثانية تقوم بسرد الصور الوصفية التي تم عرضها بالفيديو وتطلب من الأطفال عرض مواقف الصراع أو النزاع الشائعة التي واجهوها ، وهناك دمية ثالثة على شكل نعامة تدفن رأسها في الرمل وتواجه صعوبة أو مشكلة في التحدث عن مشكلاتها ، وهناك دمية رابعة على شكل ضفدع لا يستطيع أن يجلس ساكناً أو هائناً ، وتمثل الدمى جزء لا يتجزأ من نجاح البرنامج لأنها تثير خيال الأطفال ، فالأطفال الصغار يسعدون ويفتتون بالدمى ويتحدثون عن الموضوعات الحساسة مع الدمية وذلك بطريقة أكثر سهولة

من التحدث مع الكبار ، ومن ثم تصبح الدمى نماذج فعالة جداً للأطفال (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

- عرض شرائط فيديو تعتمد على النمذجة ولعب الأدوار :

طبقاً لنظريات التعلم الاجتماعي فإنه يمكن تطوير سلوك الأطفال عن طريق مشاهدة النماذج أو التعلم بالنمذجة ، ويجب أن تتضمن المادة المعروضة على شرائط الفيديو أمثلة للمهارات الهامة في حل المشكلات ، والمهارات البينشخصية ، وهذه الطريقة تؤدي إلى تعميم أفضل لمحتوى التدريب على المدى الطويل وعلاوة على ذلك فإنها طريقة شائعة لتعلم بالنسبة للأطفال الذين لديهم توجه ضعيف من الناحية اللفظية ، وكذلك الأطفال الصغار الذين لديهم مدى انتباهي قصير .

وتعد رؤية المشاهدات جولة على شرائط الفيديو ، ولعب الأدوار مع الدمى حافظاً للأطفال لكي يتبنوا ويعرضوا أو يمارسوا الحلول أو الأفكار المختلفة ، ويوفر لعب الدمى الفرصة لممارسة مهارات وخبرات جديدة ووجهات نظر مختلفة ، وسبيل المثال الموقف الصعب الذي يتضمن إهمال الشخص أو غيظه عن لعبة مع الدمى ، وتطلب الدمى من الأطفال أن يعلنوا كيف يكون رد فعلهم على هذا الشعور ، وعندما يقدم الأطفال الاقتراحات يطلب منهم أن يمثلوها مع الدمى ، ثم تقوم الدمى بعرض ما تعلمته من الأطفال لترى ما إذا كانت قد فهمته بطريقة صحيحة أم لا ، وإحدى الأنشطة التي يلعبها الأطفال هي " لعبة القبعة " ، حيث يتم وضع ورق صغير بالمشكلات التي يتم اختيارها داخل هذه القبعة ويتم تمريرها حول دائرة ، وعندما تتوقف الموسيقى فإن الطفل الذي

وقفت أمامه القبة يختار إحدى المشكلات ويقترح حلاً لها ، ويتم تمثيل هذا الحل أمام الجميع ، فمثلاً ربما يكون الموقف الذي يمثل المشكلة كالتالي : فلنفترض إنك طلبت أن تلعب كرة القدم مع بعض الأطفال ولم يسمحوا لك أن تلعب معهم فماذا تفعل ؟ ، ويتم تمثيل لعب الدور بواسطة طفل ودمية بينما يجلس بقية الأطفال معاً يفكرون في الاستجابات البديلة (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

ـ الكشف عن المشاعر :

بمجرد أن تتم مناقشة قواعد وتوقعات المجموعة ، وبمجرد أن يتم عمل نماذج لهذه القواعد والتوقعات وممارستها وتعزيزها يكون الأطفال مستعدون أن ينتقلوا إلى محتوى آخر من محتويات البرنامج وهو المعرفة بالأمور النفسية ، فالأطفال ذوي المشكلات السلوكية يكون لديهم غالباً صعوبات في اللغة ، ولديهم مفردات محدودة للتعبير عن مشاعرهم ؛ لذا يجدون صعوبة في تنظيم أو ضبط الاستجابات النفسية (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) ، وقد يكون لدى هؤلاء الأطفال أيضاً مشاعر وأفكار سلبية عن أنفسهم وعن الآخرين ، ويجدون صعوبة في إدراك أو فهم وجهات النظر أو المشاعر المختلفة عن مشاعرهم ، كما يكون لديهم صعوبات في قراءة مفاتيح أو دلائل الوجه واستخدام المفاهيم أو الدلائل الاجتماعية (دودج وبريسي Dodge & Price ، ١٩٩٤) ، وهذا البرنامج تم تصميمه لمساعدة هؤلاء الأطفال على أن يتعلموا أن ينظموا انفعالاتهم ويحددوا بدقة ويفهموا مشاعر الآخرين ، والخطوة الأولى في هذه العملية هي مساعدة الأطفال على أن يحددوا مشاعرهم ويعبروا بدقة عن هذه المشاعر للآخرين ، ويقوم المعالجون بتعليم الأطفال ضبط مشاعر

الغضب أو خيبة الأمل وذلك بمساعدتهم على أن :

- ١- يتحدثوا عن مشاعرهم .
- ٢- يفكروا بطريقة مختلفة بشأن سبب حدوث حدث ما .
- ٣- يستجيبوا بطريقة ملائمة مع المواقف التي تسبب الإثارة النفسية أو الانفعالية كالإغظة أو المضايقة والتجاهل .
- ٤- يستخدموا الحديث الذاتي واستراتيجيات الاسترخاء لكي يجعلوا أنفسهم مرتاحين وهادئين .

ومن خلال استخدام أنشطة الفيديو التي تصور الأطفال وهم يعرضون الانفعالات أو العواطف المتعددة ، يتعلم الأطفال كيف يناقشون ويفهمون الحالات الشعورية ، ويتم تعلم المشاعر الأساسية كالحزن والغضب والسعادة والرعب أو الخوف ثم المشاعر الأكثر تعقيداً مثل الإحباط وخيبة الأمل والعزلة والإحراج والتسامح ، ويتم مساعدة الأطفال على أن يتعرفوا على مشاعرهم الخاصة عن طريق التأكد من دلالات أجسامهم ووجوههم بالنسبة للعضلات المشدودة والعضلات المسترخية والتجهيزات والابتسامات ، وبعد ذلك يتم توجيه وإرشاد الأطفال لاستخدام مهاراتهم للبحث عن الإرشادات أو دلالات التعبيرات الوجهية لشخص آخر ، وسلوكه أو نبرة صوته لكي يتعرفوا على ما قد يشعر به هذا الشخص وأن يفكروا في سبب شعوره بهذه الطريقة ، ويتعلم الأطفال أيضاً الاستراتيجيات الخاصة بتغيير المشاعر السلبية (كالغضب والإحباط والحزن) بحيث تصبح مشاعر أكثر إيجابية ، وتقوم دمية كبيرة بحجم الطفل بتعليم الأطفال بعض السلوكيات التي تتعلق بالهدوء وضبط المشاعر عن طريق أخذ نفس عميق والتفكير في الأفكار والسلوكيات السعيدة ، وتستخدم الألعاب والصور والأنشطة

الإيجابية لتوضيح كيفية تغيير المشاعر بمرور الوقت ، وكيف أن هناك أفراد آخرين يمكنهم أن يتفاعلوا بطريقة مختلفة مع نفس الحدث ويشبه المعالج لهم ذلك بالترمو متر الحساس حينما يتم وضعه في الماء الساخن والماء البارد لكي يشاهد الأطفال الزئبق يسير أو يتحرك عند وضعه في الماء الساخن ، بينما يظل هادئ لا يتحرك عند وضعه في الماء البارد ، وهنا يمارس الأطفال التفكير من جميع النواحي يأخذون وجهة نظر الآخرين في اعتبارهم ويقومون بلعب الأدوار التي تستخدم السيناريوهات التي يلعب فيها الطفل دور المعلم والوالد أو دور طفل آخر لديه مشكلة ، وتستخدم الدمى لعمل نموذج لكيفية التحدث بشأن المشاعر المختلفة .

والأطفال الذين يتسمون بالنشاط الزائد ، والاندفاعية ، ونقص الانتباه ، والعدوانية ، اتضح أن لديهم أوجه عجز معرفية في جوانب رئيسية تتعلق بحل المشكلات الاجتماعية ، ومثل هؤلاء الأطفال يدركون أو يفهمون المواقف الاجتماعية بطريقة عدوانية ويقومون بإيجاد أو توليد عدد أقل من الطرق الاجتماعية الموجبة لحل الصراع البينشخصي ، ويتوقعون عدداً أقل للعواقب أو النتائج نتيجة العدوان (دودج وبريسي Dodge & Price ، ١٩٩٤) كما أن هؤلاء الأطفال يتصرفون بطريقة عدوانية واندفاعية بدون التوقف للتفكير في حلول غير عدوانية أو من وجهة نظر الشخص الآخر ، ويتوقعون أن استجاباتهم العدوانية ستسفر عن نتائج ايجابية ، ويوجد دليل على أن الأطفال الذين يستخدمون الاستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات يتصرفون بطريقة أكثر إيجابية ويحظون بحب أفضل من جانب أقرانهم ويكونون متعاونين بدرجة أكبر في البيت والمدرسة ، وبالتالي يقوم المعالجون بتعليم الأطفال أن يعملوا على

إيجاد المزيد من الحلول الاجتماعية الموجبة لحل مشكلاتهم وأن يقوموا بعمل تقييم للحلول التي من المحتمل أن تؤدي إلى نتائج موجبة ، ويتعلم الأطفال طريقة لحل المشكلات تتكون من سبع خطوات هي :

- ١- ما الذي أشعر به ؟ وما مشكلتي ؟ (تعريف المشكلة والمشاعر) .
- ٢- ما الحل ؟ .
- ٣- ما الحلول الأخرى (حلول العصف الذهني) ؟ .
- ٤- ما النتائج أو العواقب ؟ .
- ٥- ما أفضل حل ؟ وهل الحل عادل ويؤدي إلى مشاعر طيبة أو جيدة ؟ .
- ٦- هل أستطيع أن أستخدم خطتي ؟ .
- ٧- كيف قمت بعمل ذلك (تقييم النتيجة وتعزيز الجهود) ؟ .

ويتم قضاء وقتاً كبيراً في الخطوات رقم ١ ، ٢ ، ٣ لمساعدة الأطفال على زيادة حصيلتهم من الحلول الاجتماعية الموجبة (على سبيل المثال المقايضة أو المبادلة والسؤال والمشاركة وأخذ الأدوار والانتظار والانصراف وأخذ نفس عميق) ويتم تقديم حل أو حلين من الحلول الجديدة في كل جلسة ، ويتم إعطاء الأطفال العديد من الفرص للعب الأدوار وممارسة هذه الحلول مع دمية أو مع طفل آخر ، كما يقوم الأطفال بلعب أدوار لسيناريوهات تتعلق بالمشكلات التي تقدمها الدمى والصور الوصفية المسجلة على شريط الفيديو أو التي يقدمها الأطفال أنفسهم (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

كما أن العدوان وعدم التحكم في الاندفاع يُعدان من أكثر العقبات التي

يواجهها الأطفال ذوي المشكلات السلوكية فيما يتعلق بالحل الفعال لهذه المشكلات وتكوين الصداقات الناجحة ، وبدون تقديم المساعدة فإن هؤلاء الأطفال من المحتمل بدرجة أكبر أن يجربوا النبذ المستمر من جانب الأقران ويواجهون المشكلات الاجتماعية المستمرة لسنوات بعد ذلك ، ومثل هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في ضبط أو تنظيم وجدانهم السلبي لكي يولدوا حلولاً موجبة لمواقف الصراع ، وعلاوة على ذلك فهناك دليل على أن الأطفال العدوانيين يكونون أكثر احتمالاً في أن يسيئوا تفسير المواقف الغامضة على أنها مواقف عدوانية أو تهديدية وهذا الاتجاه لإدراك النية العدوانية عند الآخرين يتم النظر إليه على أنه مصدر لسلوكهم العدواني (ولكر وآخرون Walker et al. ، ١٩٩٥) .

وترى ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid (٢٠٠٣) أنه بمجرد أن يتم اكتساب المهارات الأساسية لحل المشكلات يتم تعليم الأطفال استراتيجيات ضبط الغضب ، وهذه الاستراتيجيات تقلل العدوان لدى الأطفال والمراهقين وتحافظ على الاستمرار في فوائد أو مزايا مهارات حل المشكلات ، ومن الواضح أن الأطفال لا يستطيعون حل المشكلات ولا يستطيعون التفكير بهدوء إذا كانوا غاضبين بدرجة شديدة ، وهنا يتم استخدام دمية جديدة تسمى السلحفاة الصغيرة Tiny Turtle لتعليم الأطفال خمس خطوات في إستراتيجية ضبط الغضب هي :

- ١- التعرف على الغضب .
- ٢ - التفكير في التوقف .
- ٣- أخذ نفس عميق .
- ٤- الدخول إلى المخدع ومحاولة الهدوء .

٥- المحاولة مرة ثانية .

ويقوم الأطفال بعمل العديد من الأشكال أو اللعب ويدعون أن هذه الأشكال غاضبة ، ويساعدونها على أن تهدأ ، كما يقومون بعمل العديد من الأنشطة المختلفة التي تساعد المعالج على إيجاد العديد من الفرص لكي يساعد الأطفال على ممارسة خطوات ضبط الغضب ، واستخدام حديث الذات ، والتنفس بعمق والتخيل الإيجابي لكي يساعدوا أنفسهم على أن يهدأوا ، ويستخدم المعالجون أيضاً تدريبات التخيل الموجبة لمساعدة الأطفال على أن يجربوا مشاعر الاسترخاء والهدوء ، ويتم استخدام شرائط الفيديو التي تصور الأطفال وهم يتعاملون مع الغضب ومع الإغظة أو المضايقة أو مع نبذهم من جانب الأقران للبدء في لعب الأدوار لممارسة استراتيجيات التهدئة ، ويتم مساعدة الأطفال على أن يحددوا أو يقرروا متى يكون الحدث قد تم عن عمد أو قصد ، وكيف يمكن التصرف حيال كل حدث .

- تعليم الأطفال كيف يكونوا ودودين :

تري ويبستر - ستراتون وليندساى Webster - Stratton & Lindsay (١٩٩٩) أن الأطفال الذين يعانون من المشكلات السلوكية يكون لديهم صعوبة خاصة في إقامة أو الحفاظ على الصداقات أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة ، وأوضحت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد أن هؤلاء الأطفال يفتقدون مهارات اللعب الفعال بما في ذلك وجود صعوبة في انتظار الدور ، وصعوبة في تقبل الأقران والتعاون معهم أثناء اللعب ، ولديهم أيضاً مهارات رديئة في المحادثات وصعوبة في الاستجابة أو الرد على مقترحات الآخرين أو عروضهم ومهارات رديئة في التفاعل مع أفراد الجماعة ، ونتيجة لذلك يتم التركيز على

تعليم الأطفال مجموعة من السلوكيات الودودة مثل المشاركة والالتزام بالدور ، والاتفاق مع الآخرين ، وتقديم المجاملات والاعتذار ، وبالإضافة إلى ذلك يتم تعليم الأطفال الردود الاجتماعية الموجبة لمواقف الأقران الشائعة .

- التدريب والإشارات أو الدلائل والتعزيز :

يتم عمل سلسلة من الأنشطة لممارسة المهارات المستهدفة في كل جلسة ، فعلى سبيل المثال فالجلسة التي موضوعها الصداقة يجب أن تتناول فكرة المشاركة من خلال عمل فني مثلاً يشترك فيه الأطفال ، ويجب على الأطفال أن يفكروا في كيفية المشاركة ، والجلسة التي موضوعها التعاون يطلب فيها من الأطفال أن يصمموا شكلاً يتضمن أفكار كل فرد في المجموعة ، وفي الجلسة الخاصة بحل المشكلات يتم تقديم مشكلة للأطفال ويطلب منهم أن يفكروا في أكبر قدر من الحلول التي يستطيعون التوصل إليها ، وربما يتم تقديم المشكلات على كارت أو بطاقة ملونة ، والأطفال الذين يستطيعون القراءة والكتابة يمكنهم أن يقرأوا المشكلة ويكتبون الحلول ، والأطفال الذين لا يستطيعون القراءة يقوم المعالجون بمساعدتهم أو يرسمون صورة لحلولهم .

وأثناء النشاط يتم عادة تقسيم الأطفال إلى مجموعتين تتكون كل مجموعة من عدد صغير من الأطفال ، وبالنسبة لبعض الأنشطة يتم تقسيم الأطفال طبقاً للمستوى العمري ، فالأطفال الأكبر سناً يقومون بعمل جزء أصعب من نفس النشاط مقارنة بالجزء الذي يقوم به الأطفال الأصغر سناً ، وفي أوقات أخرى ، ربما يتم خلط المستويات الإنمائية حتى يمكن للأطفال الأكبر سناً أن يساعدوا الأطفال الأصغر سناً ، ويجلس المعالج مع كل مجموعة من الأطفال ويقوم بالتدريب والتعليق على السلوك الاجتماعي الإيجابي ، ويتم تعليم هذا السلوك

أثناء ممارسة هذه الأنشطة ، ومعظم أنشطة الممارسة التي يتم وصفها في هذا البرنامج تساعد على وزيادة المفردات اللغوية ، كما تساعد على زيادة أو تحسين الكفاءة الأكاديمية والاجتماعية .

وتتناول كروت أو بطاقات الإشارات المفاهيم الرئيسية بالإضافة إلى الكلمات التي تصف المفهوم ، كما تعتبر إشارات غير لفظية مفيدة لتذكير الأطفال بمهارات معينة ، فعلى سبيل المثال قد يشير المعالج إلى صورة وصفية لكي تذكر طفلاً بالسلوك المرغوب فيه في المجموعة ، أو صورة وصفية لطفل بدأ يغضب ، وفي هذه الحالة يتوقف أو يستخدم إشارة ترمومتر الغضب كدلالة أو مفتاح لاستخدام نشاط تهدئة النفس ، وعندما يتجاوب الأطفال مع هذه الإشارات البصرية فإن المعالج يعزز هذا السلوك ، وهذه الجلسات توفر الفرصة لزيادة وتحسين كفاءة سلوكيات التعلم الفعالة مثل مهارات الاتصالات اللفظية وغير اللفظية التي تتضمن التعاون والاستماع والاهتمام والإفصاح وإلقاء الأسئلة ، وتلك مهارات أساسية وهامة للتعلم وتحقيق النجاح في الفصل الدراسي .

- التعلم واللعب الخيالي :

يوفر اللعب الخيالي Fantasy Play الفرصة للأطفال لنمو وتطور الأفكار والعمل على حل القضايا النفسية وذلك لأن المستوى العالي للعب الدرامي الاجتماعي Socio - Dramatic Play في سنوات ما بعد دخول المدرسة يرتبط بتفاعلات لفظية متبادلة ومستويات عالية للأدوار الوجدانية ، وبالنسبة للأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة يعتبر اللعب الدرامي الاجتماعي سياقاً هاماً تنمو فيه مهارات المشاركة الاجتماعية ، والأخذ بوجهات نظر الآخرين ، والتعاون الاجتماعي ، والألفة ، وهذه المهارات الهامة يمكن تقويتها بسهولة من خلال

استخدام الدمى البشرية التي في حجم الطفل .

- زيادة المهارات ورفع مستوى التعميم :

نظراً لأن الأطفال يتعلمون هذه المهارات في مواقع بعيدة عن الفصل الدراسي والمنزل ؛ لذا يجب على المعالجين أن يعملوا على رفع مستوى تعميم هذه المهارات في البيت والمدرسة ، وينبغي على المعالجين أن يبحثوا عن الفرص لمدح وتوجيه السلوك الاجتماعي الايجابي ، ويتم إرسال خطابات للوالدين والمعلمين يتم فيها شرح محتوى كل مكون علاجي على سبيل المثال التعبير عن المشاعر ، والمشاركة ، وحل المشكلات ، والطرق المقترحة التي من شأنها أن تعزز هذه السلوكيات في البيت وفي المدرسة ، وخلال البرنامج يتم الاتصال تليفونياً بالوالدين وبالمعلمين لإحاطتهم علماً بنجاحات الأطفال ، وأي السلوكيات يجب تجاهلها وأي السلوكيات يجب تعزيزها ، وينبغي على الوالدين والمعلمين أن يقدموا المدح والتعزيز والتشجيع حينما يرون أن الأطفال يستخدمون السلوكيات الاجتماعية الموجبة في أماكن تحدث فيها هذه السلوكيات بطريقة طبيعية ، وتعزز الواجبات المنزلية التي يكملها الأطفال مع الوالدين كل أسبوع هذه المفاهيم ، كما تساعد الوالدين على أن يتعلموا نفس المصطلحات التي يستخدمها أطفالهم حتى يكون هناك تطابق أو اتساق متبادل في الاستجابات أو الردود بين المعالجين والوالدين .

العلاج الجماعي وإدارة المجموعة :

يعتمد تنفيذ البرنامج العلاجي على مجموعة متنوعة من العمليات ، والعنصر الهام والنهائي للعلاج الجماعي الناجح المستخدم مع الأطفال ذوي المشكلات السلوكية (اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي) هو

استخدام استراتيجيات العلاج الجماعي المستمدة من البحوث على سبيل المثال :
الحوافز ، والتأيم أوت أو الإبعاد المؤقت ، ويجب على المعالجين أن يعالجوا
السلوكيات العدوانية التي تدل على المعارضة وذلك بطريقة جيدة ، ولقد
أوضحت البحوث أنه عندما يتم وضع الأطفال ذوي المشكلات السلوكية في
مجموعات فربما يعززون أو يشجعون السلوكيات المعادية للمجتمع بين بعضهم
البعض ويصبحون في الحقيقة أسوأ بدلاً من أن يتحسنوا وذلك إذا لم يتم علاج
سلوكياتهم السلبية بطريقة جيدة (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ١٩٩٩) .

والمجموعة التي تتم إدارتها جيداً مع وجود قواعد وحدود متسقة
تقدم لهؤلاء الأطفال الفرصة ليكونوا ناجحين في بيئة التعلم مع أقرانهم ،
وبعد فترة اختبار أولية أو مبدئية فإن معظم الأطفال الذين لديهم مشكلات
سلوكية والذين يشتركون في هذه المجموعات يستمتعون بالمجيئ إلى
المجموعة وإتباع القواعد بطريقة ملائمة ويكونون بعض الصداقات
الإيجابية الأولى في حياتهم ، ويعمل قادة المجموعة معاً ويتشاورون مع
الوالدين ومعلمي الفصل المدرسي ، وذلك لكي يطورون خطط لسلوك
كل طفل في المجموعة ، وبالتالي فعلى الرغم من أن جميع الأطفال
يتوقع منهم أن يتبعوا القواعد الأساسية للمجموعة فإن أحد الأطفال ربما
يكون له برنامج خاص يتم تصميمه لتقليل الحديث الوقح ، وهناك طفل
آخر قد يفكر جيداً قبل الاندفاع في الرد أو الإجابة ، وهناك طفل ثالث
يركز على الاستماع بعناية واهتمام لتعليمات الكبار ، وبهذه الطريقة
يمكن علاج الجوانب الخاصة لكل طفل في سياق جماعي (بارتون
Barton ، ٢٠٠٣) .

تقييم البرنامج :

أثبت هذا البرنامج فاعلية قصيرة الأمد ، وفاعلية طويلة الأمد مع الأطفال الصغار المحولين إلى العيادات النفسية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤ - ٨ سنوات الذين لديهم مشكلات سلوكية وذلك كما أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد (ويبستر - ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond ، ١٩٩٧ ؛ ويبستر - ستراتون وآخرون Webster-Stratton et al. ، ٢٠٠١ ؛ ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣) .

وتضمنت دراسة ويبستر - ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond (١٩٩٧) مجموعة كلية قوامها ٩٧ طفلاً من بين الأطفال المحولين إلى العيادات للعلاج الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤ - ٧ سنوات والذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، وتم توزيع أفراد هذه المجموعة الكلية على أربع مجموعات بياناتها كالاتي :

- المجموعة الأولى : مجموعة تدريب الطفل فقط .
- المجموعة الثانية : مجموعة تدريب الوالدين فقط .
- المجموعة الثالثة : مجموعة تدريب الطفل والوالدين معاً أو المجموعة المركبة .

- المجموعة الرابعة : مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار .

واستمر التدخل العلاجي للأطفال لمدة ١٨ أسبوع بواقع ساعتين أسبوعياً ، واشتمل برنامج تدريب الوالدين على ٢٢ جلسة بواقع جلسة أسبوعياً ، وتم تقييم

أو تقدير الأسر بعد شهرين من التدخل العلاجي مباشرة (القياس البعدي) ،
وبعد سنة إلى سنتين من العلاج (القياس التتبعي) ، وتضمنت التقديرات تقارير
الوالدين والمعلمين للمشكلات السلوكية وذلك على مقاييس مقننة ، ومن خلال
ملاحظة التفاعلات بين الوالدين والطفل في البيت وذلك بواسطة ملاحظين لا
يعرفون المجموعة العلاجية التي اشتركت فيها تلك الأسر ، وأيضاً من خلال
اختبار الطفل في طرق حل المشكلات ، والملاحظات المباشرة للأطفال وهم
يلعبون مع صديق لهم ، وأظهرت النتائج في مرحلة ما بعد العلاج أن التدريب
المزدوج الذي يتضمن تدريب الوالدين ، وتدريب الطفل كان أكثر فاعلية من
تدريب الوالدين وحده ، وأن المجموعات العلاجية الثلاث كانت أفضل من
المجموعة الضابطة ، وأسفر برنامج تدريب الطفل عن وجود تحسن دال في
التفاعلات الملحوظة مع الرفاق بالإضافة إلى عدد من الحلول الموجبة المختلفة
لحل المشكلات الاجتماعية كما أن أفراد هذه المجموعات الثلاث كانوا أكثر
إيجابية وأقل سلبية وذلك بدرجة دالة في تفاعلاتهم الاجتماعية مع الأقران عن
الأطفال الذين تلقى والديهم تدريب الوالدين فقط ، أو عن المجموعة الضابطة ،
والمجموعة التي تضمنت تدريب الوالدين أظهرت بدرجة دالة المزيد من
السلوكيات الوالدية الموجبة بما في ذلك المدح والوجدان الإيجابي والتعاون ،
وبعد مرور عام تم الاستمرار في التغيرات الدالة التي تمت ملاحظتها بعد العلاج
وذكرت المجموعات العلاجية الثلاث عدداً أقل للمشكلات السلوكية للطفل وذلك
بدرجة دالة ، وعدداً أقل للسلوكيات السلبية المستهدفة ، والمزيد من السلوكيات
الموجبة ، ومهارات أفضل لدى الطفل فيما يتعلق بحل المشكلات وذلك بالمقارنة
بالخط القاعدي أو خط الأساس ، وبالإضافة إلى ذلك قدر الملاحظون كل

الأطفال الذين اشتركوا في التدخل العلاجي على أنهم يظهرون بدرجة دالة انحراف سلوكي بدرجة أقل في البيت وذلك بالمقارنة بمرحلة ما قبل العلاج مما يوضح أن الأطفال استمروا في إظهار التحسن في العام التالي للعلاج ، وعلاوة على ذلك فالأطفال الذين اشتركوا في مجموعة علاج تدريب الوالدين ، ومجموعة علاج تدريب الوالدين والطفل معاً أظهروا قدرة على إيجاد الاستراتيجيات الإيجابية لحل المشكلات رداً على أو استجابة للمواقف الصراعية الافتراضية .

وخلصت الدراسة إلى أن الخبرات والتجارب الاجتماعية والدراسية الرديئة في المدرسة تساهم في الحدوث المستمر للمشكلات السلوكية ، فالمعلمين نوى المهارات الرديئة في إدارة الفصل كانت فصولهم بها معدلات مرتفعة في العدوان والنبذ ، وهذا بدوره يؤثر في الحدوث المستمر للمشكلات السلوكية للأطفال ، وفي ضوء هذه النتائج فإن تقييم التدخلات العلاجية للطفل يجب أن يتضمن مكون تدريب المعلم الذي يستهدف عوامل المخاطرة النوعية في الفصل الدراسي (مهارات إدارة الفصل ، وخطط السلوك والتعاون مع الوالدين أو أهل الأطفال) وهذا التدريب للمعلم يتم تقديمه بالاشتراك مع تدريب المهارات الاجتماعية للطفل في مجموعات صغيرة من أجل علاج الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي .

وترى ويبستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid (٢٠٠٣ أ) أن برنامج علاج المجموعات الصغيرة والمخصص لتدريب الطفل والمعلم تم تقييمه في دراسة شملت ١٥٩ أسرة تم تحويلها للعيادات وهذه الأسر

بها أطفال تتراوح أعمارهم من ٤ - ٨ سنوات تم تشخيصهم بما يفيد وجود حدوث مبكر لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك ، واتبعت في هذه الدراسة نفس الإجراءات التجريبية التي تم إتباعها في الدراسة السابقة ، وتم تخصيص ٨٥% من الأسر للاشتراك في برنامج تدريب الطفل فقط ، ومجموعة أخرى لتدريب الطفل وتدريب المعلم ، ومجموعة ضابطة على قائمة الانتظار ، وبرنامج تدريب الطفل الذي استغرق ١٨ أسبوعاً كان مطابقاً للبرنامج الذي تم وصفه في الدراسة السابقة ، أما مكون تدريب المعلم تضمن أربع ورش عمل استغرقت أربعة أيام كاملة من كل شهر ولمدة ثمان شهور ، والأسر التي في المجموعة الضابطة التي على قائمة الانتظار انتظرت من ٨ - ٩ شهور وبعد ذلك تم تقديم العلاج لها ، وعقب التدخل العلاجي الذي استغرق ستة أشهر كانت مجموعة تدريب الطفل ، ومجموعة تدريب الطفل وتدريب المعلم أقل سلبية مع الأقران في البيت والمعلمين في المدرسة بدرجة دالة وذلك طبقاً لتقارير الوالدين والمعلمين ، وكذلك طبقاً للملاحظات المستقلة في البيت وفي حجرة الدراسة في المدرسة ، والأطفال في مجموعة تدريب الطفل ، ومجموعة تدريب الطفل بالإضافة إلى تدريب المعلم أظهروا المزيد من المهارات الاجتماعية الموجبة مع الأقران وذلك بدرجة أكبر من الأطفال في المجموعة الضابطة ، وفي تحليل إضافي تم دمج عينة الأطفال في الدراستين السابقتين لمعرفة مدى تأثير عوامل المخاطرة على نتائج برامج التدريب وأوضحت النتائج أن عوامل المخاطرة البيولوجية التي تتضمن عدم الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وعوامل المخاطرة الوالدية التي تتضمن التأديب العنيف من الناحية الجسمية ، وعوامل مخاطرة الانعصاب الأسري التي تتضمن النزاع بين الزوجين ، والطبقة الاجتماعية والاكتئاب والغضب أثرت على نتيجة مجموعة

تدريب الأطفال ، وعامل المخاطرة الوحيد الذي ارتبط بالفشل في تحسين المشكلات الخاصة بسلوك الطفل بعد العلاج الخاص بتدريب الطفل تمثل في الأسلوب الوالدي السلبي أي العبارات النقدية وتقارير العنف الجسدي ، وهكذا يتضح أن التدخل العلاجي الذي يتضمن تدريب الطفل كان أفضل من التدخل الذي يتضمن تدريب الوالدين وذلك فيما يتعلق بمهارات الطفل في أسلوب حل المشكلات الاجتماعية وضبط الصراع أو النزاع مع الأقران ، وأن الدمج بين تدريب الوالدين وتدريب الطفل أسفر عن المزيد من التحسن الدال عبر سلسلة واسعة من متغيرات النتيجة ، وأن تدريب المعلم يضيف أشياء ذات دلالة لتدريب الطفل وذلك فيما يتعلق بالانخفاض في السلوك العدواني وخاصة العدوان البدني الذي تتم ملاحظته في الفصل الدراسي ، كما أن النتائج المرتبطة بالتدخل العلاجي الذي تضمن تدريب الطفل تعتبر هامة على نحو خاص لأنها توضح أن برنامج تدريب الطفل قد زاد من نتائج التدريب الوالدي ، وأدى إلى وجود تحسن مستمر في المشكلات السلوكية وطرق حل المشكلات الاجتماعية ، وتوضح البيانات أن مهارات حل المشكلات الاجتماعية التي تم تعلمها في البرنامج والتي أظهرها الأطفال عندما تم اختبارهم قد تم استخدامها عندما واجه الأطفال الصراع الفعلي في الحياة مع صديق ، وبالإضافة إلى ذلك فإن التحسن في المهارات الاجتماعية للطفل والمشكلات السلوكية في البيت تم ملاحظته بواسطة الآباء والأمهات مما يوحي بأن المهارات التي تم تعلمها في العيادة تم تعميمها في البيت ، وتم الاستمرار فيها بمرور الوقت ، وتعتبر هذه النتائج على درجة كبيرة من الأهمية على ضوء المراجعات الأولية لمجموعة المؤلفات الخاصة بالتدريب على المهارات الاجتماعية التي اقترحت وجود تأييد عملي ضئيل على كفاءة مثل هذا التدريب بخصوص الفوائد المستدامة عبر المواقف ومع مرور

الوقت ، والنتائج الخاصة بالتدخلات العلاجية الخاصة بتدريب الأطفال وتدريب المعلمين تعتبر على قدر كبير من الأهمية لأن تدريب الأطفال وتدريب المعلمين هو الطريق الممكن الوحيد للعمل مع الطفل .

وأخيراً فإن النموذج الأكثر فاعلية أو كفاءة في العلاج هو تدريب الأطفال في المدارس بالاشتراك مع برامج تدريب المعلمين بدلاً من إرغام الأطفال على أن يتجمعوا في مراكز الصحة النفسية ، وبهذه الطريقة يمكننا أن نستفيد من الأحداث التي تحدث بطريقة طبيعية تجعل المعلمين يقومون بتعزيز سلوكيات معينة ، ورغم ذلك فإن أفضل طريقة لاستخدام تدريب الأطفال هي أنه ليس كعلاج قائم بذاته فقط بل بالأحرى استخدامه كجزء من تدخل علاجي يتضمن الوالدين والمعلمين معاً .

وتوحي هذه النتائج أن البرنامج يحظى باهتمام كبير من جانب المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال ، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذا البرنامج في خفض المشكلات السلوكية ، وتلقى الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوى الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة .

الفصل العاشر

الارتباط التنموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

مقدمة :

يتصرف الأطفال والمراهقين في بعض الأحيان بطرق سلبية وعنيدة تتسم بالتمرد والعصيان والعوانية وذلك تجاه أولى الأمر أو من في السلطة ، وإذا كان هذا السلوك حاداً بما يكفي للتدخل في الأداء الوظيفي للطفل وعلاقاته مع الآخرين فربما يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من اضطراب العناد والتحدي (Oppositional Defiant Disorder (ODD ، بينما يتسم اضطراب المسلك (Conduct Disorder (CD بنمط من السلوك ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير الملائمة للعمر وقواعد المجتمع ، ويمثل هذا الاضطراب تحدياً كبيراً أمام الوالدين ، والمعلمين ، والعاملين في مجال الصحة النفسية ، ونظراً لأن هناك اضطرابات أخرى تحدث غالباً في نفس الوقت الذي يحدث فيه اضطراب المسلك ، وذلك يعنى وجود الاضطرابات التي تدل على حالة مرضية مشتركة مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، وسوء استخدام-المادة ، والاكتئاب ، ويوجد تداخل كبير بين الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، ويرى لاهي ووالدman (Lahey & Waldman (٢٠٠٣) أن هناك خلافاً أيضاً حول ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي هو اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، وهل هو نسخة أولية أقل اعتدالاً أم انعكاساً لنفس الأعراض وأوجه العجز الرئيسية لاضطراب المسلك .

وتظهر أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة قبل ظهور أعراض

اضطراب المسلك بحوالي سنتين إلى ثلاث سنوات أي في سن السادسة من العمر مقابل التاسعة من العمر بالنسبة لاضطراب المسلك ؛ وحيث إن أعراض اضطراب العناد والتحدي تظهر أولاً فمن الممكن أن تكون مؤشرات أولية لاضطراب المسلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب العناد والتحدي لا يتقدم بهم الحال إلى حدوث المزيد من أعراض اضطراب المسلك ، فعلى الأقل هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأفراد يستمر تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي بدون تقدم أو تطور لحدوث اضطراب آخر وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% من الأفراد يكفون تماماً عن إظهار أو عرض المشكلات المتعلقة باضطراب العناد والتحدي (بيل Bell ، ٢٠٠٦) ، ويعد اضطراب العناد والتحدي بالنسبة لمعظم الأطفال تغير إنمائي وليس بالضرورة أن يكون مؤشراً يشير إلى تصعيد أكثر شدة وخطورة لاضطراب المسلك (ماش Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وعلى النقيض من ذلك هناك حالات من اضطراب المسلك يسبقها في الغالب اضطراب العناد والتحدي ، وجميع الأطفال تقريباً الذين لديهم اضطراب المسلك يستمرون في إظهار أعراض اضطراب العناد والتحدي (برينكمير Brinkmeyer ، ٢٠٠٦) .

وتتوافر بيانات تؤكد أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات على الرغم من أن ذلك يعد مثار جدل ، فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالاً أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ، ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

المعايير التشخيصية :

يُعد اضطراب المسلك (CD) Conduct Disorder ، واضطراب العناد والتحدي (ODD) Oppositional Defiant Disorder من الأسباب الشائعة لتحويل الأطفال والمراهقين إلى العيادات الخارجية للصحة النفسية ومراكز العلاج الملحق بها أماكن للرعاية (فريك وسيلفرثورن Frick & Silverthorn ، ٢٠٠٢) ، والشباب الذي تم تشخيصه بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي يظهرون نمطاً لسلوك فوضوي يتسم بالغضب وسرعة الهياج والولع بالجدل وتحدي الأشخاص الذين يمثلون السلطة ، ويدوم ذلك لمدة شهرين على الأقل ، وينص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) على أنه لا يجب تشخيص اضطراب العناد والتحدي إذا انطبقت على الأفراد المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Antisocial Personality Disorder (APD إذا كان الفرد يبلغ من العمر أكثر من ١٨ سنة ، ويتم تشخيص اضطراب المسلك عندما يظهر الشباب ثلاثة أنواع على الأقل للسلوكيات المعادية للمجتمع خلال الإثني عشر شهراً الماضية مع وجود سلوك واحد على الأقل في خلال الستة أشهر الماضية ، وأنواع السلوك المتضمنة في التشخيص هي السلوك العدواني الذي يهدد بالأذى أو الضرر البدني للناس أو الحيوانات ، والسلوك غير العدواني الذي يسبب ضياع أو تدمير الممتلكات والخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، كما أن السلوكيات الانحرافية والإجرامية تمثل أيضاً أشكالاً للسلوكيات المعادية للمجتمع التي يتم فيها انتهاك حقوق الآخرين أو المعايير الملائمة للعمر (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وفي حالة ارتباط السلوك المعادي للمجتمع باضطراب المسلك فإنه يستمر حتى مرحلة الرشد ، ويتم اعتبار الشخص لديه اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، ويتم تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عندما يكون الفرد عمره ١٨ سنة أو أكبر من ذلك ، وعندما يظهر نمط لسلوك يتسم بالسلوك الإجرامي المتكرر ، والاستهتار أو التهور ، والاندفاع وعدم تحمل المسؤولية ، والخداع ، ونقص تأنيب الضمير ، ويتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أن يكون الشخص قد تم تشخيصه بما يفيد وجود اضطراب المسلك قبل بلوغه سن ١٥ سنة لإعطائه تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وإلا فإنه يتم إعطاء تشخيص بسلوك معادي للمجتمع في مرحلة الرشد ، ومع ذلك فإن تاريخ مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة يبدو أنه هو القاعدة وليس بالأحرى الاستثناء بالنسبة لهؤلاء الأفراد الذين لديهم سمات الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (الجمعية الأمريكية للطب النفسي Psychiatric Association American ، ٢٠٠٠) .

معدلات الانتشار :

تختلف تقديرات انتشار اضطراب العناد والتحدي طبقاً للمكان والعينة السكانية التي تمت دراستها ، فعلى الرغم من أن انتشار تشخيصات مشكلات المسلك قد تم تقديرها على أنها تتراوح فيما بين ٢% - ١٦% في مواقع المجتمع ، فمن المقدر أنها تكون أكبر من ذلك بكثير في المواقع الكلينيكية ، وتتنوع تقديرات الانتشار أيضاً وفقاً للعمر الزمني والنوع أو الجنس فعلى سبيل المثال هناك سيطرة ذكورية لاضطرابات السلوك الفوضوي في سن دخول المدرسة رغم المعدلات المتساوية تقريباً قبل سن ٥ سنوات ، وفي مرحلة المراهقة يظهر كلا البنين والبنات زيادة كبيرة في معدلات اضطراب

العناد والتحدي واضطراب المسلك ، وبالمثل يوضح منحني عمر الجريمة أن مستويات الجريمة تصل إلى قممتها في مرحلة المراهقة المتأخرة وتنخفض بعد ذلك (بويلان وآخرون . Boylan et al. ، ٢٠٠٧) .

وعندما تستعرض المشكلات السلوكية والانحراف في مرحلة الرشد يكون الأفراد في خطوة متزايدة من جراء حدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (كيم - كوهن وآخرون . Kim-Cohen et al. ، ٢٠٠٣) ، وباستخدام البيانات المستمدة من الدراسة القومية للحالات المرضية المشتركة وجد كيسيلر وآخرون . Kessler et al. (١٩٩٤) أن الانتشار مدى الحياة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كان بنسبة ٥.٨% بالنسبة للرجال ، ١.٢% بالنسبة للنساء ، ومع ذلك فلأسباب واضحة تعتبر معدلات الانتشار أعلى بطريقة ملحوظة في العينات السكانية للمساكين إذ أنها تتراوح من ٣٣.٣% إلى ٦٣% عند الرجال ، ومن ١١.٩% إلى ٦٠% عند النساء اعتماداً على نوع السجن الذي استمدت منه العينة ، ومثل اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك في مرحلة الطفولة فإن انتشار اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يكون أعلى بدرجة ملحوظة عند الرجال عما هو الحال لدى النساء إذ يتراوح من ٦% - ١% ، ومن ٨% - ١% ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يكون سائداً بدرجة أكبر أيضاً عند صغار الراشدين عما هو الحال لدى الراشدين الأكبر سناً .

وأحد المعالم الهامة لعلم الأوبئة لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد هو أن هناك حالة مرضية مشتركة وأساسية مع الاضطرابات العقلية الأخرى ، فعلى سبيل المثال فإن ما يقرب من ٩٠% من الشباب الذين تم تحويلهم إلى العيادات نظراً لوجود مشكلات سلوكية حادة لديهم كان لديهم

حالة مرضية مشتركة تمثلت في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، وهذا المعدل يبلغ ٣٦% في عينات المجتمع ، وارتبط أيضاً اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك بمشكلات داخلية مثل القلق والاكتئاب ، فتلت أطفال المجتمع وثلاثة أرباع الأطفال المحولين للعيادات (النسبة من ٦٠% : ٧٥%) الذين لديهم اضطراب المسلك كان لديهم حالة مرضية مشتركة تمثلت في اضطراب الاكتئاب (النسبة من ١٥% : ٣١%) أو اضطراب القلق (النسبة من ٢٢% : ٣٣%) وهذا الارتباط بين مشكلات المسلك والمشكلات الداخلية قد تم إسناده بشكل أساسي لاضطراب العناد والتحدي بعد التحكم في اضطراب المسلك (كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١٠) .

ونمو أو تطور المشكلات الداخلية ولاسيما الاكتئاب عند الشباب الذي لديه مشكلات المسلك تم إسناده أو إرجاعه إلى صراعات بينشخصية (على سبيل المثال مع الوالدين والأقران والمعلمين والشرطة) أو المنغصات الأخرى (على سبيل المثال الخلل الوظيفي الأسرى والفشل في المدرسة) التي يمرون بها كنتيجة لسلوكهم المسبب للمشكلات (كيم - كوهن وآخرون Kim-Cohen et al. ، ٢٠٠٣) .

والتداخل الكبير مع الأنواع الأخرى للمشكلات يخفي غالباً الإسهام الذي لا نظير له لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك للنتائج المسببة للمشكلات ، وتقترح بعض البحوث أن الحوادث المشتركة لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتتبع بانحراف أكثر حدة واستمراراً في نمو لاحق لكل اضطراب بمفرده (واسكبوش Waschbusch ، ٢٠٠٢) ، وتقترح البحوث الحديثة أن هذا يرجع إلى وجود مستويات متزايدة لمشكلات المسلك عند

الشباب الذي لديه هذا النمط من الحالة المرضية المشتركة ، وأيضاً ، على الرغم من أن المشكلات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية والنبذ من جانب الأقران قد ارتبطتا باستمرار اضطراب المسلك فإن بعض البحوث تقترح أن هذا الارتباط يرجع أساساً إلى وجود الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة (ميلر - جونسون وآخرون - Miller-Johnson et al. ، ٢٠٠٢) ، وعلى نفس المنوال فإن الارتباط بين اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك والمشكلات الدراسية أو الأكاديمية قم تم إسناده إلى اضطراب نقص الانتباه الذي يحدث في نفس الوقت (فرانكل وفينبرج Frankel & Feinberg ، ٢٠٠٢) .

وحاول لوبير وآخرون Loeber et al. (٢٠٠٠) أن يميزوا نتائج المشكلات المختلفة التي تحدث لدى الشباب مع نتيجة لحدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة وذلك لدى عينة من الأولاد الذين تمت إحالتهم إلى العيادات ، ووجدوا أن اضطراب العناد والتحدي تم التنبؤ به بطريقة واضحة عن طريق اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد والاندفاعية الذي يكون مبكراً في نموه أو يحدث في وقت مبكر جداً من النمو ، وأيضاً تنبأ اضطراب العناد والتحدي فقط بحدوث اضطراب المسلك فيما بعد بالإضافة إلى القلق والاكتئاب في المستقبل .

وتشابهاً مع الاضطرابات الفوضوية Disruptive Disorders التي تحدث في مرحلة الطفولة فإن اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع عند الكبار تحدث غالباً في نفس وقت حدوث الاضطرابات المتعلقة بسوء استخدام المادة ، فعلى سبيل المثال توضح النتائج المستمدة من المسح القومي للحالات المرضية المشتركة أن ٨٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية

المعادية للمجتمع ذكروا وجود إيمان للمادة في حياتهم (جودوين وهاميلتون Goodwin & Hamilton ، ٢٠٠٣) ، وأن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع حالة مرضية مشتركة أساسية مع اضطرابات الحالة المزاجية والقلق بالإضافة إلى اضطرابات أخرى تتعلق بالشخصية (جرانت وآخرون Grant et al. ، ٢٠٠٥) .

وباستخدام عينة ممثلة كبيرة من الناحية القومية وجد جولدشتين وآخرون Goldstein et al. (٢٠٠٦) أن الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة كان لديهم حالة مرضية مشتركة بدرجة دالة على مدى حياتهم بالنسبة لاضطرابات الاعتماد على المخدرات واضطراب القلق (اضطراب القلق العام ، والخوف الاجتماعي) ، واضطرابات الشخصية البارانوية Paranoid Personality Disorder ، واضطراب الشخصية الشيزويدية Schizoid Personality Disorder ، واضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة .

المسار الإنمائي والاضطرابات المعادية للمجتمع :

أظهرت نتائج البحوث أن هناك مسار تنموي شائع من اضطراب العناد والتحدي إلى اضطراب المسلك ، وفي الحقيقة يُعد اضطراب العناد والتحدي أحد المنبئات القوية جداً لحدوث اضطراب المسلك ، فالشباب الذي لديه اضطراب العناد والتحدي يبدأ في إظهار مشكلات تتعلق بعناد متوسط في حوالي السنة الثالثة والسنة الرابعة من العمر وتنتج هذه السلوكيات إلى الازدياد في المعدل وفي الحدة خلال مسار النمو وتتقدم بالتدريج إلى أنواع

أكثر حدة بشكل متزايد من مشكلات المسلك بينما تستمر أعراض اضطراب العناد والتحدي ، وهذا التغير في إظهار السلوك قد يعكس استمراراً مختلف الأنماط التي تساهم في خلق مجموعة متنوعة من السلوكيات ذات النمط الظاهري عبر النمو ، وهناك ما يقرب من ٨٠% من الأولاد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة كان قد تم تشخيصهم فيما مضى بان لديهم اضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن هناك عدد كبير من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي (النسبة ٤٠%) لم يتقدم لديهم الاضطراب إلى أنواع أكثر حدة لمشكلات المسلك (كاسبى وروبرتس Caspi & Roberts ، ٢٠٠١ ؛ كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١٠) .

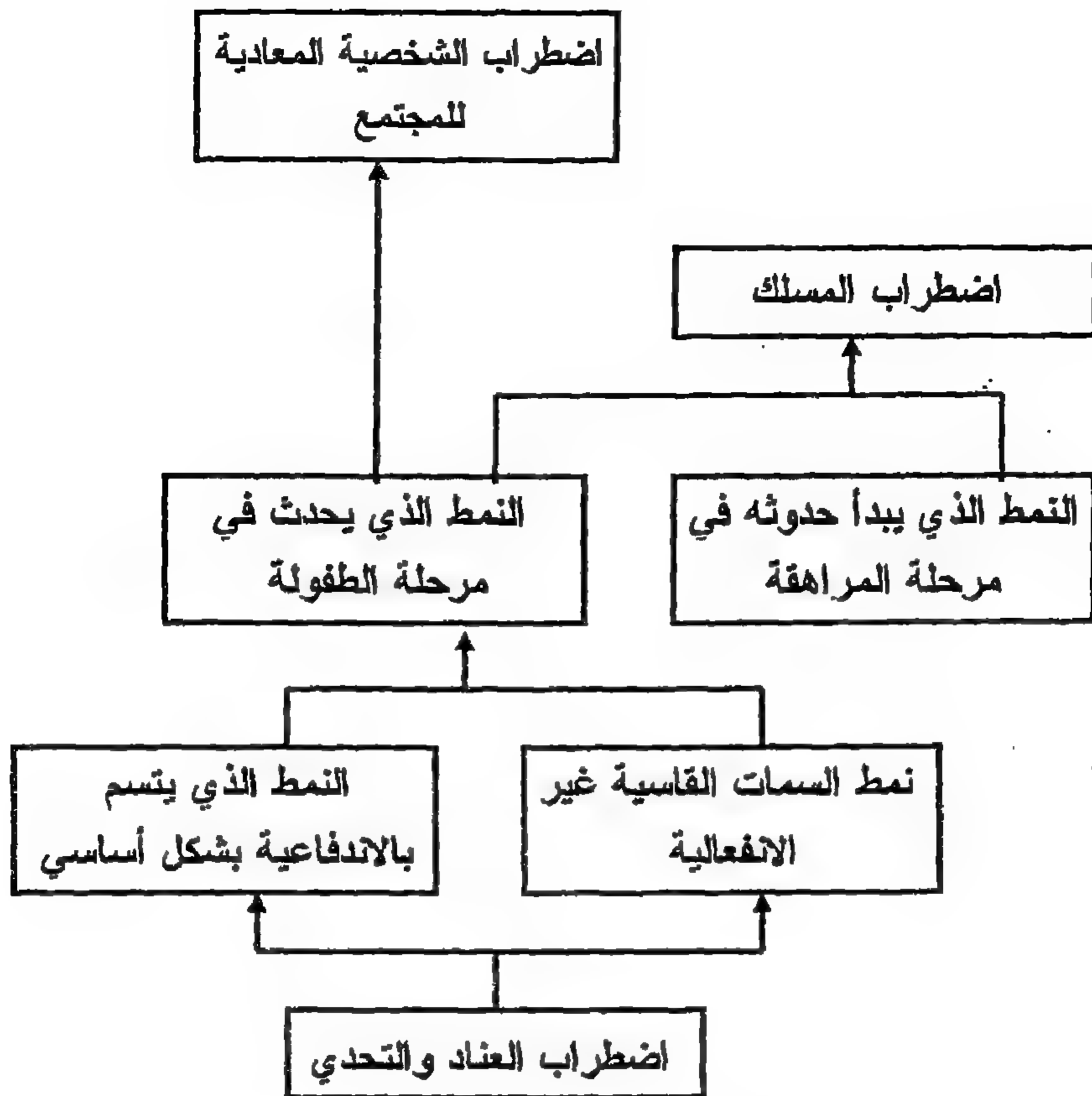
وهكذا ؛ يتضح أن اضطراب العناد والتحدي يبدو أنه مؤشر تنموي أكثر اعتدالاً فيما يتعلق ببداية الحدث المبكر لاضطراب المسلك إذ أنهما يشتركان في نفس عوامل المخاطرة والسبب المرضي المشترك .

وتقترح البحوث الحديثة أن الأبعاد الفرعية لاضطراب العناد والتحدي الذي يظهرها أو يعرضها الشباب قد تعطي أيضاً بعض الفهم للمسار الإنمائي لهذا الاضطراب ، وفي دراسة طويلة أجراها استتجارس وجودمان Stingaris & Goodman (٢٠٠٩) والتي اعتمدت على عينة قومية للأطفال والمراهقين البريطانيين (ن=٧٩١٢) وجدوا أن الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي عبر ثلاث سنوات اختلفوا طبقاً لبعده سلوك اضطراب العناد والتحدي الذي أظهره الطفل ، وعلى وجه التحديد فإن أعراض اضطراب العناد والتحدي التي تعكس سرعة الغضب ، والمضايقة بسرعة وسهولة تتبأت بدرجة قوية باضطرابات نفسية فيما بعد ولاسيما القلق

والاكتئاب ، والأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي التي تعكس سلوكيات العناد والتحدي وعدم الامتثال وانتهاك القواعد أو خرق القواعد تنبأت بدرجة قوية بحدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، بينما الأعراض المرضية التي تعكس السلوك المؤذي أو السلوك الضار (الحقد والانتقام) تنبأت بأعراض اضطراب المسلك العدواني فيما بعد ومع ذلك فمن المهم التأكيد على أن الثلاثة أبعاد لاضطراب العناد والتحدي تتداخل فيما بينها إلى حد كبير .

اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

يوجد إجماع في الآراء بوجود مسارات إنمائية متعددة لمشكلات المسلك وكل مسار له عمليات سببية فريدة من نوعها إلى حد ما ، والتمييز بين الأنواع الفرعية لاضطراب المسلك يكون هام جداً للتعرف على الفروق في المسار الإنمائي وسير الاضطراب ، ويوضح الشكل التخطيطي التالي المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .



الشكل رقم (٢) المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

المصدر : كيمونس وفريك Kimonis & Frick (٢٠١٠)

والطريقة المقبولة بشكل واسع جداً للتمييز بين الأنواع الفرعية لاضطراب المسلك هي الطريقة التي تعتمد على العمر الخاص ببداية حدوث الأعراض المرضية ويوضح هذا التمييز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية الذي يحلل اضطراب المسلك إلى النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ، والنوع الفرعي الذي يبدأ حدوثه في

مرحلة المراهقة اعتماداً على ما إذا كانت مشكلات السلوك الحاد تبدأ قبل أو بعد سن ١٠ سنوات .

وهناك دليل يوحى بأن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك من النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة يكون من المحتمل بدرجة أقل أن يُظهر سلوكيات معادية للمجتمع تدوم أو تستمر بعد مرحلة المراهقة ، وقد يرجع ذلك إلى أن الشباب الذي يحدث لديه اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة يفشل في أن يظهر الكثير من أوجه العجز المتعلقة بالنواحي المزاجية أو المتعلقة بالشخصية التي تمت ملاحظتها في اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٣) ، وأيضاً لا يظهر بطريقة نموذجية الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي التي تظهر مبكراً ، ولكن بدلاً من ذلك يظهر سلسلة من سلوكيات اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي التي يتزامن حدوثها مع بداية البلوغ (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٦) ، وعلى وجه التحديد فإن بداية ومسار اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة يتأثر بدرجة كبيرة بالارتباط مع الأقران المنحرفين الذين يشجعونهم على الاشتراك في الأنشطة الانحرافية لتحقيق المكانة الاجتماعية ، ويظهر الشباب الذي لديه اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة ضعفاً في الأداء الدراسي والمهني والاجتماعي ، بينما الشباب الذي لديه النوع الفرعي الذي يبدأ في مرحلة الرشد يكون في خطورة أكبر من جراء المشكلات المستمرة المتعلقة بسوء استخدام المادة ، والسلوكيات المعادية للمجتمع (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٣) وتوصلت نتائج دراسة موفيت وآخرون . Moffitt et al. (٢٠٠٢) إلى أن المجموعة التي بدأ فيها الاضطراب في مرحلة المراهقة كانت أقل احتمالاً بنسبة ٠% : ٦٠% أن يُدانوا (يتم إدانتهم) في جنحة أو جناية في مرحلة الرشد ، وعندما تتم إدانتهم كانت جرائمهم أقل خطورة (على سبيل المثال

سرقة صغرى أو شرب الخمر إلى حد الثمالة علناً) وأقل عنفاً (على سبيل المثال إساءات ضد الممتلكات) ، عن الشباب الذي لديه النوع الفرعي الذي يحدث في مرحلة الطفولة .

ومع ذلك فإن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة يكون لديه سجل إجرامي دائم ، وسوء استخدام المادة ، المزمّن الذي يؤدي إلى حدوث مشكلات مهنية واجتماعية عند دخوله مرحلة الرشد .

اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

يرتبط حدوث اضطراب المسلك قبل سن ١٠ سنوات بمجموعة من المشكلات المتزامنة الحدوث ويعتقد أن له إسهام جيني أو وراثي ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة يظهرون عدداً من عوامل الخطورة البيئية والفطرية أو المتعلقة بالطبع في وقت مبكر من حياتهم تضعهم في خطورة عالية من جراء مسار حاد وثابت لسلوك عدواني ومعادى للمجتمع ، وعلى وجه الدقة فإن اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة يرتبط بعدم الانتظام الذاتي ، وأوجه العجز في الأداء الوظيفي التنفيذي ، والاندفاعية ، وخلل التنظيم الانفعالي ، وأوجه العجز في الذكاء اللفظي ، وهناك إجماع عام في الآراء فيما يتعلق بأنه كلما زادت عوامل الخطورة في حياة الفرد كلما زاد الاحتمال لديهم بوجود سلوك معادى للمجتمع وعدواني ومنحرف أو إجرامي (موفيت وكاسبى & Moffitt Caspi ، ٢٠٠١) .

وتتبع مشكلات المسلك الذي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة بحدوث المشكلات المرتبطة بالسلوك المعادى للمجتمع فيما بعد ، وتوصل جولدنشتين

وآخرون. Goldstein et al. (٢٠٠٦) أن ٦٩% من الراشدين الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كان لديهم اضطراب المسلك الذي بدأ حدوثه في مرحلة المراهقة على الرغم من أن الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي بدأ حدوثه في مرحلة الطفولة أظهروا شكلاً أكثر عنفاً فيما يتعلق باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، ويرى لوبير وآخرون. Loeber et al. (٢٠٠٢) أن الأفراد الكبار الذين لديهم اضطراب المسلك الذي بدأ حدوثه في مرحلة الطفولة يكون لديهم المزيد من الإدانات ، ومرات الحبس في السجون ، والتورط في الأنشطة الإجرامية ، ويتم تشخيص من الثلث إلى النصف بأن لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

ويضيف كيمونس وفريك Kimonis & Frick (٢٠١٠) أن الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يظهرون ضعفاً أكبر في النواحي الأكاديمية والاجتماعية والمهنية ، فعلى سبيل المثال يظهرون معدلات أكبر بالنسبة للتسرب من المدارس والعنف الأسري ، والطلاق ، والحمل غير المرغوب فيه ، والبطالة والتشرد ، والأفراد الذين لديهم سوء استخدام للمشروبات الكحولية في نفس الوقت من المحتمل بواقع ٤٨ مرة أن يرتكبوا شكلاً من أشكال العنف الأسري .

هذا ؛ بينما يرى أودجرز وآخرون. Odgers et al. (٢٠٠٧) أن الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يكون لديهم مشكلات جسدية وصحية ، ولاسيما الحالات المزمنة مثل أمراض الجهاز التنفسي ، ومرض البول السكري والأمراض المتعلقة بالأسنان ، والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس مثل الإيدز ، ويشتركون في سلوكيات تتسم بالمخاطرة ، كما أنهم في خطر متزايد يتمثل في الموت في سن مبكرة نتيجة أسباب غير طبيعية ولاسيما الموت المفاجئ ، والإصابة نتيجة الحوادث

والمشكلات المهنية والاجتماعية الحادة .

والفتيات اللاتي لديهن مشكلات تتعلق بالمسلك بدأ حدوثها في مرحلة الطفولة يكن أقل احتمالاً بشأن إظهار النتائج المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد على الرغم من أنهم في خطوة متزايدة من جراء المشكلات الأخرى المتعلقة بالمواءمة والتي تتضمن الاضطرابات النفسية والسلوك المتعلقة بالانتحار ، والمشكلات الاجتماعية والمهنية الحادة والوهن أو الضعف الجسمي (كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١٠) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن الشباب الذي لديه مشكلات تتعلق بالمسلك بدأ حدوثها في مرحلة الطفولة يكون في خطر كبير من جراء حدوث أشكال متعددة تتعلق بالمواءمة المسببة للمشكلات في مرحلة الرشد ، وهذه الخطوة تكون أعلى مما يوجد لدى الشباب الذي لديه اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة .

عدم التنظيم الانفعالي واضطراب المسلك :

تؤكد غالبية البحوث على وجود نمط لاضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة يتضمن المشكلات الانفعالية والميل إلى التفاعل بطريقة اندفاعية مع غضب شديد وانفعالات عدائية ، وهذه القابلية لتجربة الإثارة الانفعالية السلبية يتم إسنادها إلى أوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية (فريك ومارسى Frick & Marsee ، ٢٠٠٦) .

وهؤلاء الأفراد يكونون في خطر من جراء المشكلات المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية لأنهم غالباً ينحدرون من عائلات بها معدلات عالية للممارسات الوالدية المختلة ، والإساءة الجسدية ، كما أنهم معرضون للتوتر والانفعالات السلبية ، كما يتم نبذهم من جانب أقرانهم مما يضعهم في خطر أكبر يجعلهم

يهربون من المدرسة ومصاحبة الأقران المنحرفين الذين يشجعونهم على ارتكاب وممارسة السلوكيات الانحرافية والعنصرية في المستقبل (ميللر - جونسون وآخرون Miller-Johnson et al. ، ٢٠٠٢) .

وتقترح البحوث الحديثة أن المشكلات الاجتماعية تنسب في المقام الأول لوجود الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة أو مصاحبة لاضطراب المسلك ، ونظراً لذلك هناك حاجة ملحة لإجراء المزيد من البحوث المستقبلية التي تقارن معدلات الحالة المرضية المشتركة بين الشباب الذين لديهم النوع الاندفاعي أو غير المنظم للانفعالات والمرتبطة باضطراب المسلك والنوع الذي يتسم بالسماة القاسية غير الانفعالية .

السماة القاسية غير الانفعالية واضطراب المسلك :

توجد مجموعة أخرى من الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة الطفولة يظهرون مستويات دالة وملحوظة للسماة القاسية غير الانفعالية Callous-Unemotional Traits (على سبيل المثال غياب الضمير أو الشعور بالذنب وعدم وجود المشاركة الوجدانية والإساءة للآخرين من أجل تحقيق بعض المكاسب) ، والشباب الذي لديه نسبة عالية من السماة القاسية غير الانفعالية يُظهر حساسية منخفضة لدلائل العقاب في المواقع الاجتماعية ، وارتياح بدرجة أقل ، ومستويات عالية من التوتر أو الانعصاب (بارديني وآخرون Pardini et al. ، ٢٠٠٣) ، كما أن هؤلاء الشباب يظهرون أيضاً تفضيلاً للأنشطة الجديدة والمثيرة والخطيرة ويكونون عرضة لثمنل أو الضجر ، ويظهرون سماة منخفضة للقلق بدرجة أعلى مما في حالة الشباب الذين لديهم نفس المستوى من للمشكلات السلوكية (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٣) .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن مشكلات المسلك ترتبط ارتباطاً قوياً بالأسلوب الوالدي المختل لدى الأطفال الذين لديهم نسبة منخفضة في السمات القاسية غير الانفعالية ، فوجود هذه السمات ينبئ بمسار مستمر وأكثر حدة لمشكلات المسلك والسلوكيات العدوانية (لارسون وآخرون Larson et al. ، ٢٠٠٦) .

وفي مراجعتهم لـ ٢٤ دراسة منشورة استخدمت عينات من الأطفال والمراهقين وجد فريك وديكنز Frick & Dickens (٢٠٠٦) أن السمات القاسية غير الانفعالية ارتبطت بمشكلات المسلك الأكثر حدة ، والانحراف ، والعنف ، والعدوان ، والقبض عليهم من جانب الشرطة ، والشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية من المحتمل بدرجة كبيرة أن يظهر مشكلات المسلك الثابتة لأن لديه اندفاعية أكبر ، وحالة اجتماعية اقتصادية متدنية ، وتوصل فريك وآخرون Frick et al. (٢٠٠٣) إلى أن أقوى المنبئات للمسار المستمر للسمات القاسية غير الانفعالية تمثل في الحالة الاجتماعية الاقتصادية الأسرية المتدنية ، والممارسات المتعلقة بأسلوب الوالدين في التنشئة ، وأن هذه السمات ترتبط باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع والحالة المرضية النفسية في مرحلة الرشد ، ويؤكد ذلك بلونيجين وآخرون Blonigen et al. (٢٠٠٦) حيث يرون أن السمات القاسية غير الانفعالية تستقر نسبياً من مرحلة المراهقة المتأخرة إلى مرحلة الرشد المبكر ، بينما ذكرت لوني وآخرون Loney et al. (٢٠٠٧) أن السمات القاسية غير الانفعالية تكون ثابتة أو مستقرة بدرجة دالة في مرحلة المراهقة ، وهذا ما أوضحتته المتابعة التي استمرت ست سنوات ، وأخيراً أوضحت دراسة لينام وآخرون Lynam et al. (٢٠٠٧) ودراسة بوركى وآخرون Burke et al. (٢٠٠٧) أن مقاييس السمات القاسية غير الانفعالية التي تم تقديرها قبل

مرحلة المراهقة ارتبطت بشكل دال بمقاييس مشابهة في مرحلة الرشد حتى بعد التحكم في عوامل الخطورة الأخرى في مرحلة الطفولة ، كما توصل بارديني ولوبير Pardini & Loeber (٢٠٠٨) إلى أن الأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من السمات القاسية غير الانفعالية في سن ١٤ سنة وكذلك الأفراد الذين أظهروا تغيراً أقل في السمات القاسية غير الانفعالية فيما بين الرابعة عشر والثانية عشر من العمر أظهروا أعلى مستويات لسمات الشخصية المعادية للمجتمع عندما بلغوا من العمر ٢٦ عاماً .

وأخيراً توصل فريك وآخرون Frick et al. (٢٠١٣) إلى أن الأطفال والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يتجاوبون بدرجة أقل للتدخلات النمطية الموجودة في مواقع الصحة النفسية .

وعلى الرغم من أن السمات القاسية غير الانفعالية تبدو أنها تحدد مجموعة من الشباب المعرضين للخطر من جراء السلوك المعادي للمجتمع المستمر حتى مرحلة الرشد فإنه يوجد دليل قوى على أن الكثير من الشباب الذين تبدأ لديهم مشكلات المسلك مبكراً لا يظهرون هذه السلوكيات خلال مسار النمو (رايني وآخرون Raine et al. ، ٢٠٠٥) ، ومع ذلك فالكف عن السلوك المعادي للمجتمع قد تم إرجاعه أو نسبة بدرجة أساسية إلى التعرض المنخفض لعوامل الخطورة التي تساهم في هذه السلوكيات أو التعرض لعوامل إيجابية تحمي منها .

وفي دراسة بحثت في موضوع العوامل التي ميزت المراهقين الذين كفوا عن ممارسة السلوك المعادي للمجتمع عن المراهقين الذين استمروا في هذا السلوك ذكر لوبير وآخرون Loeber et al. (٢٠٠٧) أن المراهقين الذين كفوا عن هذا السلوك كان لديهم معدلات متدنية بشكل ملحوظ في استخدام التبغ وشرب الخمر والاشتراك في بيع المخدرات والانحراف مع

الأقران ، كما أظهروا سلوكيات منخفضة بشكل دال وملحوظ فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية ، وفشلت هذه الدراسة في أن تجد إسهاماً للعوامل المعرفية والفسولوجية والأسرية أو العوامل المتعلقة بمنطقة الجيرة أو الحي وذلك فيما يتعلق بالكف أو الامتناع .

ولا يتضح من البحوث المتوافرة حالياً إلى أي مدى يُظهر الأفراد الذين يمتنعون عن السلوك المعادي للمجتمع عبر النمو توافقاً أو ملائمة عبر مجالات أخرى للأداء الوظيفي نظراً لأن الكثير من عوامل الخطر للسلوك المعادي للمجتمع تكون معروفة أيضاً بأنها عوامل خطورة لأنواع أخرى لسوء التوافق ، ووجد لوبير وآخرون Loeber et al. (٢٠٠٧) أنه في سن ٢٠ سنة فإن المراهقين الذين امتنعوا أو كفوا عن سلوكهم المعادي للمجتمع لم يختلفوا بدرجة دالة عن المتمسكين بهذا السلوك وذلك في مؤشرات عديدة للتوافق ، وأتضح وجود مشكلات يمكن مقارنتها فيما يتعلق بالقلق والتحصيل الدراسي المتدني ، والبطالة ، وسوء استخدام المادة لصالح الأفراد المتمسكين بهذا السلوك ، ومع ذلك تم تمييز الأفراد الذين كفوا عن هذا السلوك عن طريق عرض عدداً أقل بدرجة دالة فيما يتعلق بالانسحاب الاجتماعي ، والمشكلات المتعلقة بالشخصية المعادية للمجتمع ، والانحراف بدرجة أقل .

وأخيراً فإن التمييز بين الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك والذين يكون لديهم أو لا يكون لديهم مستويات عالية للسمات القاسية غير الانفعالية يتم النظر فيه الآن ونشره ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، وذلك بهدف التعرف على أهم الأهداف للتدخل وتحديد أكفاً تركيب للخدمات التي تقدم لهؤلاء الأفراد .

وهكذا ؛ يتضح من خلال العرض السابق وجود العديد من المسارات

الشائعة التي من خلالها يطور الأطفال والمراهقين اضطراب المسلك، وكل مسار له عوامل الخطورة الخاصة به ، والميكانيزمات (الآليات) الإنمائية التي تؤدي إلى حدوث سلوك عدواني ومضاد للمجتمع ، كما تم عرض مسارات اضطراب المسلك بما في ذلك المسار الخاص ببداية حدوث الاضطراب في مرحلة المراهقة الذي يُعد نوعاً من التمرد العادي من جانب المراهق تجاه السلطة ، والمساران الآخران يتضمنان بشكل نمونجي مشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة ولكنهما يختلفان حول ما إذا كان الطفل يظهر مستويات ملحوظة للسمات القاسية غير الانفعالية Callous-Unemotional Traits أو حول ما إذا كان الطفل يظهر مشكلات ملحوظة في التنظيم السلوكي والانفعالي ، كما تم إلقاء الضوء على التوجهات الهامة للبحوث المستقبلية بخصوص هذه المسارات بالإضافة إلى مضامين هذه المسارات لتقدير وتشخيص الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك ، كما ينبغي أن تتضمن المعايير التشخيصية على السمات القاسية غير الانفعالية من أجل تمييز مجموعة فرعية متميزة من الشباب الذي لديه الاضطراب، وأخيراً تمت مناقشة المضامين الخاصة بالوقاية والعلاج من اضطراب المسلك ولأسيما الحاجة إلى وجود تدخلات تكون شاملة تتجه إلى النزعة الفردية بحيث تتمشى مع سمات الأطفال والمراهقين في المسارات الإنمائية المتعددة .

الفصل الحادي عشر

التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك

مقدمة :

خلال الثلاثة عقود الماضية حدث تقدم كبير في فهم المسار الإنمائي والعوامل المرتبطة بحدوث واستمرار المشكلات السلوكية المبكرة عند الأطفال (CP) Conduct Problems وذلك بشكل كبير جداً ، ومن المعروف أن مشكلات المسلك تتضمن بشكل أساسي سلوكيات تنسم بالعدوان وتدمير الممتلكات ، والعناد والتحدي ، وفي نفس الوقت فإن هذه الأنواع من السلوكيات يصاحبها غالباً أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وعلى الأخص النوع الذي يتسم أو المصحوب بالنشاط الزائد ، وابتداء من الأعمال الرائدة لكامل وآخرون Campbell et al. (١٩٩٤) ؛ وريتشمان وآخرون Richman et al. (١٩٨٢) الذين كانوا من الباحثين الأوائل الذين اهتموا بتتبع منتظم للمسار الإنمائي للأطفال في فترات ما قبل دخول المدرسة وسن دخول المدرسة الذين يصعب التعامل معهم ، ومنذ ذلك الوقت تطور هذا المجال بشكل كبير جداً ومن ثم استطعنا فهم سبب استمرارية مشكلات المسلك من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة الطفولة الوسطى وما بعد ذلك ، واستطعنا أن نفهم أيضاً عوامل الخطورة المرتبطة بالطفل والأسرة والمجتمع والمرتبطة بتكوينهم واتجاهاتهم ، كما حدث تقدم إنمائي مشابه اهتم بتتبع البحوث التي ركزت على الوقاية والعلاج من مشكلات المسلك خلال مرحلة الطفولة المبكرة وذلك على الرغم من أن بداية هذه البحوث تختلف عن البحوث التي تناولت القضايا والموضوعات الإنمائية الأساسية .

ويعتبر اضطراب المسلك من الاضطرابات الهامة في الطب النفسي

وذلك لعدد من الأسباب منها أن هذا الاضطراب يتضمن العدوان ويرتبط ذلك بدرجة عالية بالسلوك الإجرامي Criminal Behavior ، كما يرتبط بمجموعة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والأكاديمية أو الدراسية (كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١١) بالإضافة إلى ذلك فإن اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يتنبأ بمشكلات لاحقة في مرحلة المراهقة بما في ذلك مشكلات الصحة النفسية (على سبيل المثال سوء استخدام المادة) والمشكلات القانونية (على سبيل المثال الخطورة من جراء القبض من جانب الشرطة) والمشكلات الاجتماعية (على سبيل المثال الأداء الوظيفي السيئ أو الأداء الرديء في العمل) ومشكلات الصحة الجسمية (أودجيرز وآخرون Odgers et al. ، ٢٠٠٨) ، وحتى في عينة الأطفال ذوى الرابعة أو الخامسة من العمر ينبئ اضطراب المسلك بمصاعب سلوكية وتعليمية دالة بعد مرور خمس سنوات (كيم - كوهين وآخرون Kim-Cohen et al. ، ٢٠٠٩) ، ونظراً لمستويات الضعف المرتبطة باضطراب المسلك بالإضافة إلى التكلفة العالية التي يتكبدها المجتمع المرتبطة بالسلوك الإجرامي والعنيف الذي يُظهره الأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب فليس من المستغرب وجود عدد كبير من البحوث التي تركز على أسباب حدوث اضطراب المسلك أو العوامل التي تضع الطفل في خطر من جراء التصرف بطريقة عدوانية ومعادية للمجتمع ، والتي تتضمن العوامل التي تتعلق بالمزاج أو الطبع مثل العوامل الكيميائية العصبية (على سبيل المثال السيروتونين Serotonin المنخفض) ، والعوامل النلقائية أو الذاتية (على سبيل المثال معدل ضربات القلب المنخفض) ، وأوجه العجز المعرفية العصبية وعدم الانتظام (على سبيل المثال أوجه العجز في الأداء الوظيفي التنظيمي) ، وأوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية (على سبيل

المثال التنظيم الانفعالي الرديء) ، والاستعدادات الطبيعية للشخصية (على سبيل المثال الاندفاعية) ، وبالإضافة إلى ذلك فهناك على الأقل مخاطر كثيرة تتضمن عوامل تتعلق بمرحلة ما قبل ولادة الطفل (على سبيل المثال التعرض للسموم) والرعاية المبكرة للطفل (على سبيل المثال الرعاية الصحية السيئة) والأسرة (على سبيل المثال التأديب غير الفعال) والأقران (على سبيل المثال الارتباط بالأقران المنحرفين) والحي أو منطقة الجيرة السكنية (على سبيل المثال التعرض للعنف بأنواعه المختلفة) .

وعلى الرغم من أن البحوث المختلفة وثقت هذه العوامل الكثيرة والمتنوعة إلا أن ذلك أدى إلى وجود نوع من الاختلاف حول أفضل طريقة لتكامل هذه العوامل داخل نماذج سببية شاملة لشرح تطور اضطراب المسلك وهناك عدد قليل من النقاط للاتفاق أو التوافق منها ما يلي :

أولاً : لكي يتم الشرح الوافي لنمو أو تطور السلوك العدواني والمعادى للمجتمع يجب على النماذج السببية أن تتضمن الدور المحتمل لعوامل الخطورة المتعددة .

ثانياً : أن المجموعات الفرعية للشباب المعادى للمجتمع قد يكون لها ميكانيزمات سببية متميزة تصف أو تلقى الضوء على السلوك العدواني والمضاد للمجتمع .

ثالثاً : أن النماذج السببية في حاجة إلى عمل تكامل للبحوث التي تتعلق بنمو السلوك العدواني والمعادى للمجتمع لدى الشباب مع البحوث التي تتعلق بنمو السلوك بطريقة طبيعية ، فعلى سبيل المثال أوضحت البحوث التي أجريت في هذا الصدد أن القدرة على عدم تنظيم الانفعال والسلوك ، وعدم القدرة على المشاركة الوجدانية ، ونقص الشعور بالذنب تجاه الآخرين تقوم بدور مهم في تطور اضطراب المسلك (فريك وفيدنج

Frick & Viding ، ٢٠٠٩) ، ونتيجة لذلك فإن فهم العمليات المتضمنة في التطور الطبيعي لهذه القدرات يعتبر هاماً جداً من أجل التوصل إلى الكيفية التي من خلالها ينحرف بعض الأطفال ويتعرضون للمخاطرة من جراء التصرف بطريقة عدوانية ومعادية للمجتمع ، الأمر الذي يؤدي إلى الاعتراف بأن هناك مسارات سببية تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك وكل مسار من هذه المسارات يتضمن عوامل خطيرة متعددة تمزق العمليات التنموية الهامة مما يجعل الطفل يتصرف بطريقة عدوانية ومعادية للمجتمع ، وهناك مجموعة من البحوث تناولت هذه الحالة المرضية النفسية التنموية وتوضح أهمية هذه المسارات ، وكيفية نمو وتطور اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين ؛ لذلك سيتم إلقاء الضوء على ما هو معروف في الوقت الحالي بشأن هذه المسارات الإنمائية التي من شأنها أن تزيد من فهمنا لأسباب اضطراب المسلك ، وأن تحسن عمليات التقدير أو التقييم ، والوقاية والعلاج من هذا الاضطراب .

مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة المبكرة :

اهتمت العديد من الدراسات بتحديد الأطفال الصغار الذين في خطورة من جراء المسارات المبكرة والمستمرة لمشكلات المسلك ، وهذا الاهتمام تم تشجيعه في البداية عن طريق النتائج المستمدة من الدراسات التي تناولت الشباب المعادي للمجتمع الذي يبدأ حدوث الاضطراب لديه مبكراً أو متأخراً (شاو وجروس Shaw & Gross ، ٢٠٠٨) ، وبمقارنة الأفراد الذين تبدأ لديهم مشكلات المسلك في مرحلة متأخرة ، والأفراد الذين لديهم النشاط المنحرف في مرحلة المراهقة المتوسطة حتى مرحلة المراهقة المتأخرة فإن الأفراد الذين تحدث لديهم هذه المشكلات مبكراً يظهرون مساراً أكثر استمرارية ومزماً بشكل أكبر فيما يتعلق بالسلوك المعادي للمجتمع وذلك في

مرحلة الطفولة المتوسطة إلى مرحلة الرشد ، والأفراد الذين تبدأ لديهم هذه المشكلات السلوكية في وقت مبكر يمثلون تقريباً من ٦% : ٧% من العينة السكانية ومع ذلك فهم مسئولون عن نصف الجرائم التي يرتكبها المراهقون وثلاثة أرباع الجرائم العنيفة (موفيت وكاسبى Moffitt & Caspi ، ٢٠٠١) .

وتم توثيق مجموعة فرعية تضم الأطفال الذين يبدأ لديهم الحدوث المبكر خلال مرحلة الطفولة المبكرة ابتداء من السنة الثالثة من العمر ، والدافع وراء تحديد هذه المجموعة الفرعية التي في خطورة من جراء البداية المبكرة لمشكلات المسلك تم تقويته استناداً إلى النتائج المستمدة من مجالين مرتبطين ببعضهما هما : أنماط بداية حدوث السلوك الفوضوي ، وبحوث التدخل العلاجي (شاو وآخرون Shaw et al. ، ٢٠١٢) .

وبعض الأطفال لا يظهرون مستويات عالية فيما يتعلق بالعدوان الجسدي والسلوك المتسم بالعناد خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، كما أن هناك فئة أخرى لا يظهرون مستويات عالية للسلوك الفوضوي في مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة على الرغم من وجود بعض الأطفال الذين يظهرون معدلات عالية فيما يتعلق بالسلوك العدواني من الناحية الجسدية وذلك بعد سن الخامسة ، وعلى وجه الدقة فإن الدراسات الخاصة بالتدخل والوقاية قبل سن دخول المدرسة أظهرت كفاءة أكبر بالنسبة لعلاج الأطفال الذين لديهم معدلات عالية من الناحية الكلينيكية فيما يتعلق بمشكلات المسلك عما في حالة الأطفال الأكبر سناً (ريد وآخرون Reid et al. ، ٢٠٠٤) .

اضطراب المسلك الذي تصاحبه السمات القاسية غير الانفعالية :

يبدأ حدوث هذا المسار الإنمائي لاضطراب المسلك في مرحلة الطفولة

ويتميز بوجود مستويات دالة للسمات القاسية غير الانفعالية التي تتسم بنقص الشعور بالذنب ، ونقص الاهتمام بمشاعر الآخرين ، وعدم الاهتمام بشأن الأداء في الأنشطة الهامة ، والوجدان الضحل أو العاجز (على سبيل المثال لا يعبر عن المشاعر أو لا يظهر الانفعالات والعواطف تجاه الآخرين إلا بطريقة تبدو سطحية أو ضحلة أو عند استخدامها من أجل جني المكاسب أو الفوائد) ، وهذه السمات مشابهة للسمات التي يتم استخدامها لتحديد أو التعرف على الحالة المرضية لدى الكبار (باتريك Patrick ، ٢٠٠٦) .

والأطفال الذين لديهم مستويات عالية لهذه السمات يظهرون نمطاً أو شكلاً أكثر حدة واستفزازاً وعدوانية للسلوك بدرجة أكبر مما يظهره أو يعرضه الأطفال الآخرون الذين لديهم اضطراب المسلك (روى وآخرون Rowe et al. ، ٢٠٠٩) .

وقام فريك ووايت Frick & White (٢٠٠٨) بمراجعة شاملة للبحوث التي اهتمت بتوثيق الفروق النفسية والمعرفية والشخصية والاجتماعية المتعددة بين الشباب المعادى للمجتمع الذي لديه والذي ليس لديه السمات القاسية غير الانفعالية وتوصلا إلى أن الشباب المعادى للمجتمع الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية يظهر عجز في تشغيل المثيرات النفسية السلبية بدرجة أكبر ؛ حيث يظهرون أوجه عجز في ردود أفعالهم لعلامات الخوف والكرب أو الضيق من الآخرين ، ويكونون أقل حساسية للعقاب ، ويظهرون نتائج إيجابية في المواقف العدوانية مع الأقران ، والشباب المعادى للمجتمع الذي ليس لديه السمات القاسية غير الانفعالية يسعى إلى إثارة ويظهر مستويات من الخوف والقلق أكثر انخفاضاً .

ويرى فريك وفايدنج Frick & Viding (٢٠٠٩) أن الأطفال

والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يبدو أن يظهر مزاج أو طبع يتسم بعدم الخوف ، وعدم الحساسية ، واستجابة منخفضة لدلائل الكرب أو المحنة عند الآخرين ، ومن الممكن أن يتدخل هذا الطبع أو المزاج في النمو الطبيعي للضمير ويضع الطفل في موضع الخطر من جراء حدوث نمط حاد وعدواني للسلوك المعادي للمجتمع على نحو خاص .

اضطراب المسلك المرتبط بسوء التنظيم الانفعالي والسلوكي :

يمثل الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يمثلون مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والذين يحدث لهم هذا السلوك الحاد قبل مرحلة المراهقة ، وهؤلاء الأطفال يمثلون أقلية من بين الأطفال الذين في مجموعة بداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة (فريك وفايدنج Frick & Viding ، ٢٠٠٩) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك وليس لديهم السمات القاسية غير الانفعالية لا يظهرون مشكلات تتعلق بالمشاركة الوجدانية والشعور بالذنب بل يُظهرون غالباً معدلات عالية من القلق ، ويبدو عليهم الاضطراب من نتائج تأثير سلوكهم على الآخرين ، وبالتالي فإن السلوك المعادي للمجتمع لدى هذه المجموعة يصعب فهمه أو توضيحه عن طريق أوجه العجز في نمو الضمير ومع ذلك فإن أفراد هذه المجموعة يظهرون مستويات عالية للاندفاعية ، وأوجه عجز في الذكاء اللفظي ، وتحيزاً عدوانياً في المواقف الاجتماعية ، وعادة ما ينحدرون من عائلات بها معدلات عالية للممارسات الوالدية والعدوانية غير المتسقة ، وعلاوة على ذلك فإن أفراد هذه المجموعة يميلون إلى أن يكونوا أقل عدوانية بشكل عام ، وعندما يكونون عدوانيين فإن الأمر يكون مقصوراً في أغلب الأحيان على الأشكال التفاعلية للعدوان (أي استجابة أو رداً على استفزاز حقيقي أو مدرك) ، ويبدو أن هذه المجموعة قد يكون لديها تفاعل أكبر للمثيرات الانفعالية والاستفزاز من جانب الأقران

(فريك Frick ، ٢٠١٢) .

وهكذا ؛ يتضح أن السلوك العدواني والمعادى للمجتمع عند الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ولكن ليس لديهم مستويات دالة من السمات القاسية غير الانفعالية تكون لديهم أوجه عجز في التنظيم المعرفي والانفعالي للسلوك .

ويمكن أن تؤدي أوجه العجز في القدرات اللفظية بالإضافة إلى التجارب أو الخبرات غير الكافية فيما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية إلى وجود مشكلات في التحكم التنفيذي للسلوك أي عدم القدرة على توقع النتائج أو العواقب السلبية للسلوك ، وعدم القدرة على تأخير أو إرجاء الإشباع أو الإرضاء ، وعلاوة على ذلك فإن التفاعل القوي المعرفي (على سبيل المثال التحيزات الوصفية العدوانية) والتفاعل النفسي (على سبيل المثال التفاعل القوي للمثيرات والاستفزات السلبية) هي سمات ترتبط بخبرات غير كافية تتعلق بعملية التنشئة الاجتماعية وتؤدي إلى مشكلات تتعلق بتنظيم الاستجابات الانفعالية ، وهذه المشكلات الخاصة بالتنظيم الانفعالي من الممكن أن تؤدي إلى وجود طفل يتورط في أعمال اندفاعية وتصرفات غير مخطط لها فيما يتعلق بالأعمال العدوانية المعادية للمجتمع والتي قد يقدم عليها بعد ذلك عندما يشعر بتأنيب الضمير (شاو Shaw ، ٢٠١٣) .

مسار واستقرار المشكلات السلوكية المبكرة :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن استقرار وثبات معظم أنواع سلوك الطفل أثناء مرحلة الرضاعة بالنسبة لنفس السلوك أو السلوك الذي يمكن مقارنته في مرحلة المراهقة كان متواضعاً بما في ذلك السلوكيات المعروفة أن لها مستويات عالية من الثبات ، ولهذا فليس من الواضح لماذا

يتوقع المرء أن يكون ثبات أو استقرار السلوك الفوضوي عالياً فيما بين مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة ، وفي الحقيقة عندما تم استخدام المبلغين المختلفين من أجل قياس الاستمرارية بين السلوك الفوضوي الأولى عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ومشكلات المسلك التي تحدث فيما بعد أو بين المتغيرات الأولية المتعلقة بالطبع أو المزاج والمرتبطة ومشكلات المسلك (على سبيل المثال الانفعالية السلبية وعدم الخوف ونقص الانتباه) ، ومشكلات المسلك فيما بعد ، فإن الاستمرارية كانت من ضئيلة إلى غير موجودة (أجيولار وآخرون ، Aguilar et al. ، ٢٠٠٠ ؛ شاو وآخرون Shaw et al. ، ٢٠٠١) ، ومع ذلك فانساقاً مع دراسات الأنواع الأخرى للسلوك التي أتضح أنها ثابتة خلال مرحلة الطفولة (على سبيل المثال الذكاء ، والاختلاط بالآخرين أو التفاعل الاجتماعي) عندما تم قياسها فيما بين الثانية والثالثة من العمر فإن العوامل المتعلقة بالطبع أو المزاج بدأت في إظهار ارتباطات تتراوح بين متواضعة إلى متوسطة بأشكال مشكلات المسلك والأشكال الأكثر خطورة المتعلقة بالسلوك المعادي للمجتمع الذي تم تقديره في أواخر مرحلة الطفولة الوسطى ومرحلة المراهقة (أولسون وآخرون Olson et al. ، ٢٠٠٠) ، والدراسات التي وجد أن لها أقوى تأكيد بالنسبة للثبات أو الاستقرار أو التي كانت على الأقل لها استمرارية مختلفة الأنماط في السلوك قدرت السلوك في مرحلة الطفولة المبكرة باستخدام طرق الملاحظة ابتداء من الثالثة من العمر تقريباً (شاو Shaw ، ٢٠١٣) .

الاتجاهات المستقبلية للبحوث التي تتناول المسارات الإنمائية للاضطراب :

١ - استخدام طرق بحث ملائمة بدرجة أكبر :

تقترح البحوث الحديثة وجود مسارات شائعة متعددة لاضطراب المسلك مع ميكانيزمات تنموية متميزة تؤدي إلى السلوك العدواني والمعادى للمجتمع عند الطفل ، وينبغي على البحوث المستقبلية أن تنظر إلى ما إذا

كان من الممكن وجود مسارات أخرى يمكن أن توضح المشكلات التي يمر بها عدد كبير جداً من الشباب الذين لديهم اضطراب المسلك ، فلم تعد البحوث تركز ببساطة على توثيق العوامل المرتبطة باضطراب المسلك أو ما هي عوامل الخطورة التي تفسر أو تلقى الضوء على التباين في مقاييس السلوك المعادى للمجتمع أو العدوان أو الانحراف ، وعلى وجه التحديد فقد يكون المتغير مرتبطاً بأعراض اضطراب المسلك أو يفاضل بين الأفراد الذين لديهم والأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك في العينة الكلية ، ومع ذلك فإن هذا الارتباط الكلي أو العام قد يطمس الحقيقة التي تقضى بأنه مرتبط فقط بسلوك المجموعة الفرعية من الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك فمثلاً في إحدى الدراسات وجد أن الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة (الأعمار من ٦-١٣ سنة) وكان عدد أفراد العينة ١٦٦ وجد أن مقياس الأسلوب الوالدي المختل أظهر علاقة متوسطة ولكنها عالية بمقياس مشكلات المسلك بعد التحكم في المتغيرات الديموجرافية أو السكانية كالعمر الزمني والجنس (النوع) والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والمستوى العقلي للطفل (ووتون وآخرون Wootton et al. ، ١٩٩٧) ومع ذلك فإن هذا الارتباط العام أخفى ارتباطات مختلفة جداً داخل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك مع الارتباط بين الأسلوب الوالدي غير الفعال ومشكلات المسلك الذي كان قوياً بالنسبة للأطفال الذين لديهم نسبة منخفضة من السمات القاسية غير الانفعالية وكان سلبي وغير دال بالنسبة للأطفال الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية .

وهذا الارتباط المختلف مع الأسلوب الوالدي تم تتبعه من خلال اختبار التفاعل بين مقياس للممارسات الوالدية ومقياس للسمات القاسية غير الانفعالية للتنبؤ بمشكلات المسلك باستخدام تحليل الانحدار المتعدد فعلى سبيل المثال في عينة من الأطفال الذين تم تحويلهم للعيادات وجد أن مشكلات المسلك ترتبط بدرجة دالة بالقلق عند مستوى ٠.٠٠١ وازداد هذا الارتباط

عندما تم السيطرة أو التحكم في مستوى السمات القاسية غير الانفعالية ، وفي نفس العينة وجد ارتباط سلبي وغير دال بين السمات القاسية وغير الانفعالية وبين القلق ، وأصبح هذا الارتباط دالاً بعد التحكم في مشكلات المسالك (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٨) وتم تفسير هذا النمط من العلاقات بأن الأطفال الذين يوجد لديهم أو لا يوجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يُعرضون مستويات عالية للقلق الذي قد يكون ثانوياً لمشكلاتهم السلوكية ونتيجة لأوجه الضعف الاجتماعية النفسية الكثيرة المرتبطة بمشكلاتهم في المسلك ، ومع ذلك فعند التحكم في مستوى هذه المشكلات المرتبطة بالمسلك أظهر الأفراد الذين لديهم مستويات عالية في السمات القاسية غير الانفعالية مستويات أكثر انخفاضاً في القلق مما يوحي بأنهم أقل تأثراً بنتائج سلوكهم .

وهذه النتائج ما هي إلا مجرد مثالين لبعض الارتباطات المعقدة والمتعددة المتغيرات التي يمكن أن تنتج عن الطبيعة المتغيرة لاضطراب المسلك والتي يتم تجاهلها غالباً في البحوث التي تركز فقط على النتائج الأحادية المتغير أو الرئيسية لعوامل الخطورة ، وبسبب الصعوبة في تعقب وتفسير هذه الارتباطات الأحادية المتغير والمعقدة أوصى بعض الباحثين بضرورة الاستخدام الأكبر للتحليلات التي تدور حول الشخص والتي تقسم بطريقة واضحة الأطفال إلى مجموعات فرعية أو إلى مجموعات لديها أو ليس لديها السمات القاسية غير الانفعالية ، ومثل هذه الطريقة من شأنها أن تكون متسقة مع الفكرة النظرية لاضطراب المسلك على أنه يسمح بعمل مقارنات مباشرة للمجموعات الفرعية داخل هذا النمط التشخيصي .

٢- ربط عوامل الخطورة المعروفة بالمسارات الإنمائية المختلفة :

لم تتطرق البحوث التي أجريت في الماضي على المسارات الإنمائية المختلفة لاضطراب المسلك عند دراسة عوامل الخطورة المرتبطة

بالاضطراب ، حيث يصعب تحديد عوامل الخطورة المشتركة عبر المسارات السببية المختلفة فعلى سبيل المثال فإن الإقامة في حي أو منطقة بها نسب عالية من الجريمة مع وجود معدلات مرتفعة من العنف قد ارتبط بمخاطرة متزايدة من جراء اضطراب المسلك ، ولكن ليس من الواضح ما إذا كان ذلك مرتبطاً بشكل قوى بمسار واحد أو ما إذا كان ذلك يزيد المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك عبر المسارات المختلفة للاضطراب (كيمونيس وآخرون Kimonis et al. ، ٢٠٠٨) ، كما أن العيش في المناطق التي تتكاثر بها الجريمة يساعد على زيادة الاحتمال بأن يرتبط الطفل بالأقران المنحرفين ومن ثم زيادة حدوث اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، ومع ذلك فإن مشاهد العنف المجتمعي يمكن أن تعوق التطور العادي للتنظيم الانفعالي بجعل الاستجابات العدوانية أكثر نفاذاً أو من الممكن أن تقلل إحساس الطفل لنتائج أو تأثيرات العنف على الآخرين ويضعف عنده نمو الاهتمام بمشاركة الغير وجدانياً ، ومن ثم فإن البحوث المستقبلية في حاجة إلى الاستمرار في اختبار كيف أن عوامل الخطورة المتعددة ترتبط بنمو اضطراب المسلك عبر المسارات الإنمائية المختلفة .

٣- توضيح السمات الانفعالية والمعرفية عبر المسارات الإنمائية المختلفة :

هناك حاجة ملحة إلى إجراء المزيد من البحوث لتوضيح دور عوامل الخطورة عبر المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك في تطور السلوك العدواني والمعادى للمجتمع ، فعلى سبيل المثال أوضحت نتائج البحوث أن الشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية واضطراب المسلك يُظهر أوجه عجز نفسية في استجاباته لدلائل المحنة أو الكرب عند الآخرين (كيمونيس وآخرون Kimonis et al. ، ٢٠٠٦) ، ومع ذلك فليس من

الواضح ما إذا كانت أوجه العجز هذه هي في استجابة الأطفال للمثيرات النفسية أو الانفعالية أم في معرفتهم وفهمهم لانفعالات الآخرين أو في كلا الاتجاهين للتشغيل الانفعالي ، وهذا العجز أو الضعف يتغير عبر مراحل النمو وفي هذا الصدد يرى داس وآخرون Dadds et al. (٢٠٠٩) أن الأطفال الصغار الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية أظهروا أوجه عجز في التفاعل النفسي أو الانفعالي ، بينما اظهر الأطفال الأكبر سناً والمراهقون الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية مشكلات في التفاعل الانفعالي ، وتم تفسير هذه النتائج أو هذا التغير الإنمائي في ضوء سلوكيات الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية الذين يتعلمون أو يتعرفوا على الانفعالات عند الآخرين بمرور الوقت رغم أنهم مازالوا يظهرون أوجه عجز في استجاباتهم الانفعالية ، ومع ذلك فإن ما سبق هو مجرد مثال واحد للحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث عن أنواع أوجه العجز في التجاوب الانفعالي الذي يمر به الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية عبر النمو .

٤- توضيح دور الأسلوب الوالدي عبر مسارات الاضطراب :

هناك اتجاه آخر هام للتوسع في البحوث الموجودة عن المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك ، وهذا الاتجاه هدفه توضيح دور الأسلوب الوالدي في نمو اضطراب أو مشكلات المسلك عبر المسارات الإنمائية المختلفة ، والارتباط بين اضطراب المسلك والممارسات المختلة من جانب الوالدين قد يكون مختلفاً بالنسبة للشباب الذين لديهم والذين ليس لديهم السمات القاسية غير الانفعالية .

وأوضح ووتون وآخرون Wootton et al. (١٩٩٧) أن الممارسات الوالدية المختلة (أي الاشتراك المنخفض من جانب الوالدين ، والفشل في

استخدام التعزيز الإيجابي ، والإشراف الرديء ، والمراقبة الرديئة ، والتأديب غير المتسق ، واستخدام العقاب البدني) ارتبطت إيجابياً بمشكلات المسلك عند الأطفال الذين لا توجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، ولم ترتبط بمشكلات المسلك عند الأطفال الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية ، وأظهرت نتائج بحوث هيبويل وآخرون Hipwell et al. (٢٠٠٧) ؛ وايننز وآخرون Edens et al. (٢٠٠٨) أن الأسلوب الوالدي العدواني والقسري أو القهري ارتبط إيجابياً بمشكلات المسلك لدى الأفراد الذين لديهم نسبة منخفضة من السمات القاسية غير الانفعالية ، وهذا يتفق مع نتائج البحوث السابقة التي أجريت في هذا الصدد ، ومع ذلك ارتبط الدفء الأسري ارتباطاً سلبياً ودالاً بمشكلات المسلك عند هؤلاء الأفراد الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية أكدته الدراسة الطولية التي أجراها كرويمان وآخرون Kroneman et al. (٢٠١١) لدى عينة من الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن الزمنية بين ٧ - ٨ سنوات واللاتي تم تقديرهن أو متابعتهن خلال فترة دامت خمس سنوات ، وبالتالي فبدلاً من الاقتراح بأن الأسلوب الوالدي يعتبر غير هاماً عند الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية فإن الدراسات الحديثة تقترح أن الجوانب المختلفة للأسلوب الوالدي تلعب دوراً في نمو أو استمرار مشكلات المسلك اعتماداً على ما إذا كان الطفل يظهر مستويات دالة فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية أم لا .

الاتجاهات المستقبلية في تقدير وتشخيص الاضطراب :

١- الاهتمام بتقدير عمر بداية الحدوث :

استناداً إلى المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك فإن تقدير طفل أو مراقب لديه سلوكيات عدوانية ومعادية للمجتمع بشكل ملحوظ ودال يتضمن

أكثر من مجرد تقدير النوع ، والمعدل ، والحدة لمشكلات المسلك عند الطفل وعلى وجه الدقة فإنه تقدير طفل أو مراقب لديه سلوكيات عدوانية ومضادة للمجتمع يتضمن تقدير عوامل الخطورة التي تقوم بدور هام في نمو وتطور اضطراب المسلك عبر هذه المسارات ، ويتضمن أيضاً تقدير مكونين هامين لفهم أي من المسارات الإنمائية التي من المحتمل أن يكون فيها الطفل أو يتبعها الطفل ، وتتضمن هذه التراكيبات توقيت بداية حدوث السلوك العدواني الحاد أو المعادي للمجتمع ، ووجود مستوى لحدة أو شدة السمات القاسية غير الانفعالية ، وفيما يتعلق ببداية حدوث الأعراض المرضية لاضطراب المسلك فهناك العديد من الاتجاهات المستقبلية الهامة للبحوث التي من شأنها أن تقوم بتحسين التقدير والتشخيص .

فأولاً : ليس معروفاً تماماً العمر الدقيق لبداية الحدوث في مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة ، وأشارت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن الشباب الذين كانوا يبلغون من العمر ١١ سنة أو أقل عند بداية حدوث مشكلاتهم السلوكية كانوا من المحتمل بدرجة أكبر بواقع مرتين على الأقل بأن يتم تشخيصهم بأن لديهم شخصية معادية للمجتمع عندما يصلون إلى مرحلة الرشد ، ومن ثم يتضح أن غالبية الدراسات حدثت بداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة في سن عشر سنوات تقريباً ، وهذه الصعوبة في تحديد خط فاصل لعمر بداية الحدوث قد دفعت بعض الباحثين أن يقترحوا ، بأنه لا بد من وجود أو تحديد عمر قاطع لبداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة وكذلك في مرحلة المراهقة ، واقترح هؤلاء الباحثين أن العمر الذي ظهرت فيه الأعراض المرضية الهامة والدالة أولاً ينبغي أن يظل مستمراً .

وثانياً : أن تقدير عمر بداية حدوث اضطراب المسلك يتعلق بمصاعب

التشخيص الماضية للشخص ومدى تذكره للسلوكيات الماضية ولاسيما بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً ، والذي يجعل تحديد العمر الذي بدأ فيه الطفل إظهار مشكلات المسلك من الصعب تحديده (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠٨) ، لذلك فإن الطريقة النموذجية لتحديد عمر بداية حدوث الاضطراب تتمثل في جمع المعلومات من مصادر متعددة منها على سبيل المثال التقارير الذاتية من الأطفال أنفسهم ، وتقارير الوالدين ، والسجلات الرسمية ، واستخدام أصغر عمر يتم ذكره عبر المصادر المتعددة ، وتقارير الوالدين وكذلك تقرير الطفل يتم استخدامها لتحديد أول عمر ظهرت فيه أعراض اضطراب المسلك وهذه الطريقة تؤيدها البحوث التي أوضحت أن التقارير التي قدمها المراهقون والتقارير التي قدمها الوالدين توضح متوسط عمر بداية حدوث السلوكيات المعادية للمجتمع (داندروكس وفريك Dandreaux & Frick ، ٢٠٠٩) يضاف إلى ذلك أن التقرير الذاتي يسجل المعلومات أو السلوكيات التي لم تأت على بال أولى الأمر أو الوالدين بينما تقارير الوالدين ومراجعات السجلات تستخرج الأحداث التي يكون المراهقون راغبون في ذكرها .

٢- دمج السمات القاسية غير الانفعالية ضمن معايير الاضطراب :

يجب تطوير طرق التقدير التي تتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية التي يمكن استخدامها في الممارسة الكليينكية ، ففي غالبية البحوث تم تقدير السمات القاسية غير الانفعالية باستخدام صيغ مختلفة منها المقاييس التي استخدمها الوالدين والمعلمين ، ومقاييس التقرير الذاتي ، والمقابلات الشخصية التركيبية للوالدين والشباب (أندرشيلد وآخرون Andersheld et al. ، ٢٠٠٢ ؛ مونز وفريك Munoz & Frick ، ٢٠٠٧ ؛ لاهي وآخرون Lahey et al. ، ٢٠٠٨) .

ولسوء الحظ فإن معظم هذه الأدوات تضمنت عدداً محدوداً من الفقرات التي تقدر أو تقيس السمات القاسية غير الانفعالية على نحو خاص ، وفي أغلب الأحيان كانت لا تتعدى أربع فقرات أو ست فقرات ، وبسبب هذا العدد المحدود من الفقرات فإن مقاييس السمات القاسية غير الانفعالية كانت لها بعض أوجه القصور السيكومترية الدالة مثل الاتساق الداخلي الرديء (بويثريس وآخرون Poythress et al. ، ٢٠٠٦) .

والتقدير الأكثر شمولاً للسمات القاسية غير الانفعالية تم باستخدام مقياس مكون من ٢٤ فقرة ، وهذا المقياس تم اختبار تركيبه العاملي لدى عينات من المراهقين غير المحولين إلى العيادات في ألمانيا (ن = ١٤٤٣) وفي بلجيكا (ن = ٤٥٥) ، وفي اليونان وقبرص (ن = ٣٤٧) وفي عينة من المجرمين الأحداث في الولايات المتحدة الأمريكية (ن = ٢٤٨) وعبر العينات الأربع التي تستخدم أربع لغات مختلفة كان هناك تركيب لعامل ثنائي يتناسب مع البيانات بدرجة مثلى ، مع عامل عام للسمات القاسية غير الانفعالية يفسر التباين بين جميع الفقرات ، وثلاث عوامل فرعية مستقلة هي عدم الاهتمام ، وقسوة الفؤاد ، وعدم الانفعال مما يعكس الأنماط الفريدة من نوعها للتغاير بين المجموعات (فريك Frick ، ٢٠١٢) .

وهذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق التلازمي لارتباطه بدرجة عالية مع كل من مقاييس السلوك العدواني والسلوك المعادي للمجتمع وتؤكد هذه النتيجة أن المقياس صالح لقياس السمات القاسية غير الانفعالية ، وبالتالي يتم التغلب على المقاييس المحدودة الفقرات ، ومع ذلك فمن أجل تحقيق المزيد من التقدم في الممارسات المتعلقة بالتقدير ، وكذلك من أجل تشجيع البحوث الأساسية الإضافية على هذه المجموعة الفرعية للشباب الذي لديه سلوك معادي للمجتمع فمن الضروري جداً أهمية تضمين هذه المجموعة

المتميزة من السمات القاسية غير الانفعالية لدى الشباب الذي لديه اضطراب المسلك في المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب ، ولسوء الحظ فإن نتائج البحوث عن السمات القاسية غير الانفعالية يصعب ترجمتها إلى دليل أو محكات تشخيصية محددة ، كما يجب أيضاً تضمين تعريف اضطراب المسلك بشكل دقيق بحيث يتضمن بشكل دقيق سمات هامة ودالة تتعلق بقسوة الفؤاد وعدم الانفعال (فريك ونيج Frick & Nigg ، ٢٠١٢) وعلى وجه الدقة ، فبالنسبة للأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير الخاصة باضطراب المسلك يتم تحديد التشخيص إذا أظهر الطفل سمتين أو أكثر من السمات التالية خلال الاثنى عشر شهراً على الأقل وفي أكثر من علاقة أو مكان ، ولديه نقص في تأنيب الضمير ، وقسوة الفؤاد ، وتعوزه المشاركة الوجدانية وعدم الاهتمام بشأن الأداء في أنشطة هامة ويكون لديه وجدان ضحل أو مختل .

ويجب أن يكون توجه البحوث المستقبلية هو اختبار ما إذا كان في استطاعة الكلينيين أن يستخدموا بطريقة موثوق فيها هذه المعايير المقترحة كاختبارات واعدة ، فعلى سبيل المثال في عينة تكونت من ٧٩٧٧ طفلاً تتراوح أعمارهم من ٥ - ١٦ سنة ويعيشون في المملكة المتحدة تم تشخيص ٢% بأن لديهم اضطراب المسلك ، ٤٦% أظهروا سمتين أو أكثر من السمات القاسية غير الانفعالية ، والمجموعة التي أظهرت السمات القاسية غير الانفعالية ظهر عليها أيضاً اضطراباً سلوكياً أكثر حدة متمثلاً في المزيد من مشكلات المسلك والقليل من السلوكيات الاجتماعية المرغوبة ، وكانت في خطورة عالية بشكل كبير بسبب إعادة تشخيصها على أن لديها اضطراب المسلك بعد مرور ثلاث سنوات (روى وآخرون Rowe et al. ، ٢٠٠٩) وبالمثل في دراسة لعينة من الأطفال داخل المجتمع (ن = ١١٣٦) وعينة أخرى من الأطفال المحولين للعيادات (ن = ٥٦٦) وجد أنه فيما بين ١٠% ٥٠% منهم والذين لديهم اضطراب المسلك انطبقت عليهم معايير تقدير

السمات القاسية غير الانفعالية استناداً إلى المعلومات التي تم استخدامها في التقدير ، وبالتالي كانوا أكثر حدة أو شدة في عدد من المؤشرات ، وأظهروا معدلات عالية فيما يتعلق بالعدوان والقسوة (كاهن وآخرون Kahn et al. ، ٢٠١٢) وفي عينة قوامها ١٨٦٢ فتاة يعانين من اضطراب المسلك ممن تتراوح أعمارهن بين ٦ - ٨ سنوات كان ٢% تنطبق عليهن معايير السمات القاسية غير الانفعالية ، وأظهرن أعمال الفتونة والعدوان وكان مستوى القلق لديهن أقل مما في حالة الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك بدون السمات القاسية غير الانفعالية (بارديني وآخرون Pardini et al. ، ٢٠١٢) .

الاتجاهات المستقبلية في الوقاية والعلاج من الاضطراب :

ركزت البحوث المختلفة التي اهتمت بدراسة المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك على نقطة هامة وهي الجانب الوقائي نظراً لأن الشباب الأكثر عدوانية والذي يستمر في سلوكه المعادي للمجتمع حتى مرحلة الرشد يظهر بداية لحدوث الاضطراب المتعلق بالسلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الطفولة ، إلى جانب أن معظم التدخلات التي ثبت أنها فعالة في علاج الظهور المبكر لمشكلات المسلك أظهرت انخفاضاً كبيراً في فاعليتها لدى الأطفال الأكبر سناً والمراهقين ، ومن هنا كان التدخل المبكر في المسار الإنمائي لمشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة هدفاً مهماً لمنع السلوك العدواني الخطير وكذلك السلوك المعادي للمجتمع فيما بعد (آيبرج وآخرون Eyberg et al. ، ٢٠٠٨) ومع ذلك فحتى هذه التدخلات تتطلب أن يكون الطفل قد أظهر بالفعل مشكلات خطيرة في المسلك ، وبالتركيز على العمليات الإنمائية التي تسبق هذه المشكلات السلوكية الخطيرة فإن ذلك يتيح الفرصة لبرامج التدخل التي تهتم بتحسين النمو الأفضل عند الأطفال الذين لديهم عوامل خطورة معينة (مثل التنظيم

الانفعالي الرديء ، والطبع الجسور الذي لا يخاف) قبل أن تظهر المشكلات السلوكية الخطيرة (فريك Frick ، ٢٠١٢) .

والمضمون الثاني لعلاج الحالة المرضية المتعلقة بالسلوك المعادى للمجتمع هو أن التدخلات ينبغي أن تكون شاملة وأن تستهدف عوامل الخطورة المتعددة ، والتي لا تعمل بمغزل عن بعضها ، وبالتالي فليس من الغريب أو المدهش أن بعض التدخلات الفعالة للسلوك المعادى للمجتمع تتضمن مكونات متعددة وليس بالأحرى أن تستهدف عامل مخاطرة واحد (بيرمان وآخرون Bierman et al. ، ٢٠٠٤) .

والمضمون الثالث للنموذج الإنمائي لاضطراب المسلك هو أن التدخلات في حاجة إلى أن تكون شاملة ، وفي نفس الوقت ينبغي أن تكون فردية النزعة نظراً لأن العمليات السببية التي تؤدي إلى حدوث السلوك المعادى للمجتمع تبدو مختلفة عن المجموعات الفرعية التي لديها اضطراب المسلك ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة أيضاً أن العلاجات ينبغي أن تكون مختلفة عبر هذه المجموعات أيضاً ، والبحوث التي أجريت على المسارات الإنمائية المتعددة للسلوك المعادى للمجتمع توجه هذه الطرق ذات النزعة الفردية فيما يتعلق بالعلاج ، فمعرفة العمليات التنموية التي تعمل في مجموعات فرعية متعددة للشباب الذي لديه سلوك معادى للمجتمع يمكن أن تساعد في التعرف على أفضل تركيبة من الخدمات ، فعلى سبيل المثال فإن التدخلات التي تركز على تحسين نمو الهوية لدى المراهقين ، وزيادة الاتصال بالأقران ذوي السلوكيات المرغوبة مثل البرامج التي تقدم أنشطة تركيبية بعد المدرسة قد تكون فعالة بشكل خاص لدى الشباب الذي في المسار الذي يحدث في مرحلة المراهقة ، وعلى العكس فإن التدخلات التي تركز على التحكم في الغضب أو التي تركز على الأسلوب الوالدي القاسي

غير الفعال تكون أكثر كفاءة للأطفال الذين داخل مسار بداية الحدوث في مرحلة الطفولة والذين لا يظهرون السمات القاسية غير الانفعالية ولكنهم في أغلب الأحيان يظهرون مشكلات تتعلق بالتنظيم الانفعالي ، وفي أغلب الأحيان يأتون من عائلات تستخدم ممارسات مختلفة في عملية التنشئة الاجتماعية (لارسون وآخرون Larson et al. ، ٢٠٠٦ ؛ فروجاتش وباترسون Forgatch & Patterson ، ٢٠١٠ ؛ فريك Frick ، ٢٠١٢) .

وتم تطوير العديد من برامج التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة للارتقاء بالنمو الإيجابي عند الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، وعلى الرغم من أن بعض هذه البرامج أظهرت نتائج إيجابية على الطفل أو على مشكلات المسلك لديه ، إلا أنها ركزت أيضاً على منع السلوك المسبب للمشكلات وذلك من خلال تحسين روابط التعلق في العلاقة بين الطفل والأم ، والتركيز على الصحة الجسدية والنفسية للأمهات ، وهذه البرامج الخاصة بالتدخل التي استهدفت بشكل واضح المشكلات المسببة للسلوك الفوضوي عند الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة تم دفعها عن طريق نماذج المتعلم الاجتماعي ، ومثل هذه البرامج كانت تهدف إلى تقليل التفاعلات القهرية بين الوالدين والطفل من خلال زيادة التعزيز من جانب الوالدين لسلوك الطفل الإيجابي ، وعن طريق أشكال أخرى للسلوك الوالدي الإيجابي كالأسلوب الوالدي الفعال بالإضافة إلى تعليم الوالدين طرق تحديد أو وضع الحدود بطريقة هادئة وحازمة على سبيل المثال استخدام التاييم أوت Time Out أو الحرمان المؤقت ، وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض هذه البرامج تخصص عدداً كبيراً من الجلسات لتعليم الوالدين الطرق التي تساعد على أن يكونوا منتبهين للدلائل أو المفاتيح التي يعرضها الطفل ، وتدريب الوالدين على مساعدة أطفالهم على تنظيم انفعالاتهم وعلى تحقيق الأهداف الدراسية (ويبستر - ستراتون وآخرون Webster-Stratton et al. ، ٢٠٠١ ؛ شاو

Shaw ، ٢٠١٣) .

وقام عدد آخر من الباحثين بإعداد برامج للتدخل تعتمد على تدريب الوالدين على الإدارة أو حسن التصرف كطريقة يمكن الاعتماد عليها لتقليل مشكلات المسلك لدى الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة (شاو وآخرون Shaw et al. ، ٢٠٠٦ ؛ ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ٢٠٠٨ ؛ ويبستر - ستراتون وآخرون Webster-Stratton et al. ، ٢٠٠٨) ، وعلى الرغم من أن الكثير من هذه البحوث بدأت مع العائلات التي تسعى للحصول على خدمات كلينيكية من أجل أطفالهم الذين لديهم سلوك فوضوي في مرحلة ما قبل دخول المدرسة وذلك في مراكز أو هيئات الخدمات الصحية فإنه خلال الخمسة عشر سنة الماضية اتسع مدى العينات السكانية ليشمل جميع الأطفال المعرضين للخطر والذين تم تحديدهم عن طريق المعلمين أو عن طريق الوالدين (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ٢٠٠٨) .

وعلى الرغم من أن الوقاية وجهود التدخل قد حددت بعض الطرق الموثوق فيها أو التي يمكن الاعتماد عليها بالنسبة للتدخل مع الأطفال الذين يظهرون مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة المبكرة ، فمن المهم جداً أن يتم توجيه جهود الوقاية إلى استخدام المواقع غير التقليدية من أجل تحديد الأطفال المعرضين للخطر ، وكذلك الأسر التي في خطورة من جراء حدوث مشكلات المسلك لأطفالهم .

والحاجة النوعية لبحوث العلاج المستقبلية هي اختبار وتحسين التدخلات بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والذين يظهرون مستويات دالة من السمات القاسية غير الانفعالية نظراً لحدة واستمرارية مشكلاتهم السلوكية يضاف إلى ذلك أن البحوث الأولية ركزت بشكل كبير

على الحقيقة التي تفيد بأن هؤلاء الأطفال والمراهقين كان يصعب علاجهم ، وفي أغلب الأحيان كانوا لا يستجيبون للعلاجات النمطية التي تقدم في مراكز الصحة النفسية أو في مواقع رعاية الأحداث المنحرفين ، والعديد من الدراسات عن المراهقين في مراكز الأحداث المنحرفين أوضحت أن الشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية أظهر معدلات متدنية فيما يتعلق بالاشتراك في العلاج وكانوا أكثر احتمالاً في أن يعاودوا نشاطهم الإجرامي بعد العلاج وذلك بدرجة أكبر مما في حالة المراهقين الذين لديهم نسبة منخفضة من هذه السمات (فالكينباتش وآخرون . Falkenbatch et al. ، ٢٠٠٣ ؛ سباين وآخرون . Spain et al. ، ٢٠٠٤) ، وبالمثل ففي حالة المرضى الداخليين في مستشفيات الطب النفسي فإن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ - ١١ سنة ولديهم السمات القاسية غير الانفعالية وجد أنهم أقاموا فترات أطول في المستشفيات وجربوا المزيد من التدخلات أثناء فترة علاجهم بالمستشفيات .

وفي دراسة أخرى على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ - ١٢ سنة ولديهم مشكلات في المسلك والذين اشتركوا في برنامج علاجي للمرضى الخارجيين وذلك في فصل الصيف ارتبطت السمات القاسية غير الانفعالية سلبياً مع ٩ من إجمالي ١٤ مقياس للنتائج ، وحتى مع التحكم في مستوى مشكلات المسلك كانت السمات القاسية غير الانفعالية مرتبطة بتقديرات رديئة من جانب الهيئة العاملة فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية وحل المشكلات ، وارتبطت سلبياً بالسلوكيات السلبية أثناء التوقف عن العلاج (هاس وآخرون . Hass et al. ، ٢٠١١) .

وهكذا ؛ فقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية يعرضون تحدياً كبيراً

للعلاج ومع ذلك فإن البحوث الحديثة اقترحت أن هؤلاء الشباب من الممكن أن يستجيبوا لبعض العلاجات المكثفة ففي دراسة لعينة قوامها ١٧٧ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١١ سنة والذين تم تحويلهم للعيادات وكان لديهم السمات القاسية غير الانفعالية وتلقوا تدخلاً فردياً وشاملاً يتضمن العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي والتدريب الوالدي مع الأقران أظهروا معدلات مشابهة فيما يتعلق بالتحسن عند الأطفال الآخرين الذين لديهم اضطراب المسلك (كولكو وبارديني Kolko & Pardini ، ٢٠١٠) ، وأظهرت نتائج دراسة مشابهة أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ - ١٢ سنة والذين لديهم مشكلات في المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية استجابوا بدرجة أقل للعلاج السلوكي المكثف جداً مما في حالة الأطفال الذين لديهم مشكلات في المسلك بدون وجود السمات القاسية غير الانفعالية ومع ذلك فإن هذه الفروق اختفت بشكل كبير عندما تمت إضافة الأدوية المنبهة مع استخدام العلاج السلوكي (واسكوبش وآخرون Waschbusch et al. ، ٢٠٠٧) .

وبالإضافة إلى ذلك اقترحت البحوث أنه إذا تم تصميم التدخلات بحيث تكون معرفية أو نفسية بشكل فريد من نوعها واستخدام أساليب لزيادة الدافعية عند الأطفال والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية تكون العلاجات فعالة بالنسبة لهذه المجموعة ، ولتوضيح ذلك ذكر هاوس ودادس Hawes & Dadds (٢٠٠٥) أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ - ٩ سنوات والذين لديهم مشكلات في المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية كانوا أقل تجاوباً للتدخل المتعلق بالوالدين عما هو الحال مع الأولاد الذين لديهم مشكلات في المسلك والذين كان لديهم نسبة منخفضة من السمات القاسية غير الانفعالية ، ومع ذلك فإن هذه الكفاءة التفاضلية لم تكن متسقة

عبر مراحل العلاج ، وهذا يعنى أن الأطفال الذين لديهم والأطفال الذين ليس لديهم السمات القاسية غير الانفعالية استجابوا بدرجة متساوية للجزء الأول من التدخل الذي ركز على تعليم الوالدين طرق استخدام التعزيز الإيجابي للتشجيع على إتباع السلوكيات التي يحبذها المجتمع ، وعلى العكس فالمجموعة التي لا يوجد لديها السمات القاسية غير الانفعالية أظهرت تحسناً إضافياً مع استخدام الجزء الثاني للتدخل العلاجي الذي ركز على تعليم الوالدين استخدام استراتيجيات التأديب الأكثر فاعلية ، وهذه النتيجة تتسق مع أسلوب الاستجابة للتوجه نحو الثواب ، والذي يُعد سمة من سمات الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، وعلى نحو مشابه أوضح كالدويل وآخرون Caldwell et al. (٢٠٠٦) أن المراهقين المجرمين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية تحسّنوا عندما تم علاجهم باستخدام برنامج علاجي مكثف باستخدام طرق الاتجاه نحو الإثابة مستهدفاً الفوائد أو المصالح الذاتية للمراهق وقاموا بتعليم مهارات المشاركة الوجدانية وأوضحوا أيضاً أن المراهقين المجرمين الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية والذين تلقوا علاجاً مكثفاً كانوا أقل احتمالاً في أن يعودوا إلى ارتكاب الجرائم وذلك في فترة المتابعة التي استمرت لمدة عامين ، ومما لا شك فيه أن ذلك يختلف عن حالة المراهقين المجرمين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية والذين تلقوا برنامجاً علاجياً في نفس الإصلاحيّة .

وهكذا ؛ يتضح أنه إذا تم تصميم التدخلات العلاجية بحيث تتمشى مع السمات الفريدة من نوعها للأطفال عبر المسارات الإنمائية المختلفة فإن التدخل يكون فعالاً ومؤثراً بشكل كبير حتى مع الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من السمات القاسية غير الانفعالية والذين يصعب علاجهم ومن ثم فمن الضروري أن تستمر البحوث في الكشف عن السمات الفريدة من نوعها لهذه المجموعات الفرعية من الشباب الذي لديه اضطراب المسلك ، كما يجب

على المعالجين وضع هذه السمات في الاعتبار عند تصميم طرق الوقاية والعلاج .

ثبت المصطلحات

ثبت المصطلحات

A

Adolescent - Onset Conduct Disorder	اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة
Adjustment Disorder	اضطراب المواءمة/ التوافق
Aggressive Outbursts	النوايا العدوانية
American Academy of Child & Adolescent Psychiatry	الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين
Attachment	التعلق أو الحب
Acting-Out Behavior	سلوك التفعيل
Aggression to People and Animals	العدوان على الناس والحيوانات
Antidepressants	مضادات الاكتئاب
Anger Management	ضبط أو إدارة الغضب
Alliance	تحالف / اتحاد / صداقة
Assertive Discipline	التأديب الجازم
Aggression Replacement Training (ART)	التدريب على استبدال العدوان
Adjustment Disorder with Disturbance of Conduct	اضطراب التوافق المصحوب باضطراب المسلك
Antisocial Personality Disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
Adolescent Antisocial Self - Report Behavior Checklist	قائمة السلوك المضاد للمجتمع كتقرير ذاتي للمراهقين
Attention - Placebo	الانتباه الوهمي
Amenability- to - Treatment Model	نموذج القابلية للعلاج

Chronic – Care Model	نموذج رعاية الحالات المزمنة
Adopted Children	الأطفال المتبنين (بالتبني)
Aggressive	عدواني
Aggressive Behavior	السلوك العدواني
Aggression	عدوان
Aggressiveness	عدوانية
Adolescent - Onset Type	نمط المراهقة
Automatic Nervous System	الجهاز العصبي الذاتي / التلقائي
Altruistic Behavior	السلوك الإيثاري
Antisocial Behavior	السلوك المعادي للمجتمع
Aggressive Conduct	المسلك أو التصرف العدواني
Anger Management	إدارة الغضب / ضبط الغضب
Antidepressant Drugs	الأدوية المضادة للاكتئاب
Anticonvulsive	مضاد للتشنج
Anticonvulsant Drugs	أدوية مضادة للتشنج
Arguing	المجادلة
Assessment	تقدير – تقييم
Anhedonia	فقدان الإحساس باللذة
Anticonvulsants	مضادات التشنج
B	
Behavioral Therapy	العلاج السلوكي
Bullying	الفتونة / البلطجة / التمر على الآخرين / الصياغة
Bipolar Disorder	الاضطراب ذو القطبين

Boisterousness	المرح الصاخب
Base Rates	معدلات قاعدية
Behavior Problem Checklist	قائمة المشكلات السلوكية
Behavior Modification	تعديل السلوك
Bullies	يرهب
Bipolar Disorder	الاضطراب ثنائي القطب
Borderline Personality	الشخصية الحدية
Brain Damage	تلف المخ
Bribe	رشوة
Brain Systems	أنظمة المخ
Bullies	الفتوات
Birth Complications	مضاعفات الولادة
Behavioral Contracts	التعاقدات السلوكية
Brady Cardiac	نبض بطئ
C	
Coping Skills	مهارات المجاهدة
Chronic Conduct Disorder	اضطراب المسلك المزمن
Coping Style	أسلوب المجاهدة
Cognitive Functioning	الأداء الوظيفي المعرفي
Childhood-Onset Conduct Disorder	اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة
Constitutional	بنوي أو تركيبي
Central Nervous System (CNS)	الجهاز العصبي المركزي
Criminality	إجرامي

Criminal Activities	أنشطة إجرامية
Cognitive Therapy	العلاج المعرفي
Communication Skills	مهارات الاتصال
Contingency Management	إدارة الطوارئ
Conflict Resolution	حل الصراع
Care	عناية / رعاية
Childhood-Onset Type	نمط الطفولة
Caregivers	مقدمي الرعاية
Comorbidity	الحالة المرضية المشتركة
Coping	المجاهدة
Contract	عقد
Cost	التكلفة
Commonest Psychiatric Disorder	أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً
Child Behavior Checklist	قائمة مراجعة سلوك الطفل
Clinical Dysfunction	اختلال الأداء الوظيفي الكلينيكي
Child Behavior Checklist (CBCL)	قائمة مراجعة سلوك الطفل
Categorical	تصنيفي / فئوي
Covert Behavior	سلوك غير ظاهر أو خفي
Cumulative	تراكمي
Conners' Parent-Teacher Rating Scales	مقاييس كونرز لتقدير الوالدين والمعلم
Child Behavior Checklist (CBCL) Teacher Report Form	استمارة تقدير المعلم على قائمة مراجعة سلوك الطفل

Conner's Teachers Questionnaire	استبيان كونرز للمعلمين
Children's Action Tendency Scale	مقياس الميل للسلوك عند الأطفال
Children's Hostility Inventory	مقياس العدائية للأطفال
Cut off Scores	الدرجات الفاصلة
Child Focused Treatments	الأساليب العلاجية المتمركزة حول الطفل
Cognitive Problem - Solving Skills Training	التدريبات على المهارات المعرفية لحل المشكلات
Confronting	المواجهة
Continuum	متصل
Chaotic	الفوضوية (فوضوي)
Child Abuse	إساءة معاملة الطفل
Child Assessment Schedule	قائمة تقييم الطفل
Cognitive Deficit	العجز أو النقص المعرفي
Compliant	مطيع
Child Interview	المقابلة الشخصية على الطفل
Cruelty	وحشية
Coercion	إجبار - فهر - إلزام
Coercion Hypothesis	فرض الإلزام أو الإجبار
Contributors	إسهامات
Contravention	مخالفة قانونية / معارضة
Contagion	عدوى أو انتقال
Psychic Contagion	عدوى نفسية
Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي

Course	مجرى أو سياق
Course of Development	مسار النمو
Complications	مضاعفات
CBC = Complete Blood Count	عدد كامل لكرات الدم أو صورة دم كاملة
Conduction	توصيل
Conditioning	ارتباط شرطى - اشتراط
Contingency	توافق
Callous and Unemotional Interpersonal Style (CU)	الأسلوب البينشخصى غير الانفعالى والقاسى
D	
Differential Diagnosis	التشخيص الفارق
Diagnosis	التشخيص (تشخيص المرض)
Distractibility	القابلية لشروذ الذهن (نحول الانتباه)
Disruptive Behavior	سلوك مضطرب / مشين / فوضوي
Destruction of Property	تدمير الممتلكات
Deceitfulness or Theft	الخداع أو السرقة
Developmental Progression	التسلسل النمائي
Disobedient	عاصٍ / متمرّد / عاق
Deprivation	حرمان
Depressed	حزين أو كئيب
Discouragement	شئ محبط
Deviant	منحرف
Deviant Behavior	سلوك منحرف

Divorce	انفصال / طلاق
Disadvantage	عيب / خلل / ضرر
Destruction of Property	تدمير الممتلكات
Diagnostic Code	الكود التشخيصي
Deviant Peer Group	مجموعة الرفاق / الأقران المنحرفين
Day Treatment Program	برنامج الرعاية النهارية
Disruptive Behavior Disorder (DBD)	اضطراب السلوك الفوضوي
Drug Abuse	تعاطي المخدرات
Drug Therapies	العلاجات الدوائية
Drug Dependence	الاعتماد على المخدرات
Devilish	شيطانياً
Delinquency	الجناح أو الانحراف
Direct Observation	الملاحظة المباشرة
Diagnosis Interviews	المقابلات التشخيصية
Diagnosis Interview Schedule for Children	دليل المقابلة التشخيصية للأطفال
Dynamic Psychotherapy	العلاج السيكوندينامي
Disruptive Disorders	اضطرابات مشينة
Deliberately	إشعال النار عمداً
Deceitfulness	خداع / احتيال
Dissocial Personality	الشخصية غير الاجتماعية
Delusional Tendencies	الميول الوهمية أو الضلالية
Dysthymia	اليأس أو القنوط

Delinquent Behavior	سلوك منحرف
Determination	إقامة تصميم ذاتي
Developmental Considerations	الاعتبارات الإنمائية أو المتعلقة بالنمو
Disturbance	اختلال
Dissocial Personality Disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Diana Complex	عقدة ديانا (الرغبة المكبوتة لدى الأنثى لتصبح ذكراً)
Discord	خلاف أو نشاز أو تنافر
Deficit	عجز أو نقص
Defect - Defection	خلل أو قصور أو نقص أو عيب
Discipline	تأديب - تهذيب - ضبط
Dysthymic Disorder	اضطراب الاكتئاب العصابي أو الديستيميا

E

Etiology	علم أسباب المرض
Early Adulthood	الرشد المبكر
Expensive	مكلف
Early Onset Disorder	اضطراب مبكر الحدوث
Epidemiology	علم الأوبئة
Externalizing Disorder	اضطراب يرجع (ينسب) لعوامل خارجية
Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)	قائمة آيبرج لسلوك الطفل
Early Onset	حدث مبكر
Encephalopathy	اعتلال الدماغ / مرض الدماغ

Empathy	مشاركة وجدانية
Extortion	ابتزاز
Epidemiological Studies	الدراسات الوبائية
Elite	نخبة / صفوة
Ethnic	سبلاي - جنسي
Ethnic Differences	الفروق العرقية - الفروق الجنسية
Emotional	انفعالي أو عاطفي
Emotion	انفعال أو عاطفة
Emotionality	انفعالية - عاطفية - تأثير
Egocentrism	التمركز حول الذات
Escape Conditioning	الاشتراط الهروبي أو التجنبي
F	
Frequency & Intensity	حدة السلوك واستمراره
Family Interaction Coding System (FICS)	مقياس نسق التفاعلات الأسرية
Family Focused Treatments	الأساليب العلاجية المتمركزة حول الأسرة
Family Therapy	العلاج الأسري
Functional Family Therapy	العلاج الأسري الوظيفي
Family - Based Treatments	العلاجات القائمة على الأسرة
Fighting	القتال / العراك
Fetal Alcohol Syndrome	الأعراض المرضية لتناول الكحول أثناء الحمل
Free Time	وقت الفراغ
Family Dysfunction	الخلل الوظيفي الأسري

Foster Homes	البيوت البديلة (بيوت التبني)
Foster Family	الأسرة البديلة (الحاضنة)
Foster Father	الأب المتبني
Foster Mother	الأم الحاضنة
The Family Interaction Coding System (FICS)	مقياس نسق التفاعلات الأسرية
Forgery	تزوير / تزيف
Familial Transmission	الانتقال الأسري
Frontal Lobes	الفصوص الجبهية
Frustration	إحباط

G

Genetic Transmission	الانتقال الجيني
Group Psychotherapy	العلاج النفسي الجمعي
Group Type	ضمن عصابة (شلة)
Group Therapy	العلاج الجمعي

H

Head Injury	إصابة الرأس
Harsh Discipline	التأديب الشديد / الفظ
Helplessness	الشعور بالعجز أو قلة الحيلة أو فقدان المساعدة
Homelessness	التشرد (عدم إيجاد مأوى)
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم
High-Strength Intervention Model	نموذج التدخل شديد التأثير
Harsh	القسوة

Hostility	العدائية
Hyperkinetic Disorder	اضطراب فرط الحركة
I	
Internalising Disorder	اضطراب يرجع (ينسب) إلى عوامل داخلية
Impairment in Everyday Functioning	ضعف الأداء الوظيفي اليومي
Intermittent Explosive Disorder	الاضطراب الانفجاري المتقطع
International Classification of Diseases (ICD -10)	التصنيف الدولي للأمراض الطبعة العاشرة
Institutional Records	السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية
Institute for Juvenile Research Behavior Checklist	قائمة السلوك التي أعدها معهد بحوث الجانحين
Intimidate	يرعب
Intimidation	التخويف
Impulse Control	التحكم / ضبط الاندفاع
Individual Therapy	العلاج الفردي
Individual Psychotherapy	العلاج النفسي الفردي
Improvement	التحسن
Inconsistent Discipline	نظام تأديبي غير منسق
Illness	مرض
Illicit	محظور - محرم - ممنوع شرعاً
Illicit Pregnancy	حمل السفاح
Incidence	حدوث / مدى تأثير
Isolation	العزلة
Intervention	التدخل العلاجي

Intensive	مركز / مكثف
Intensive Training	تدريب مكثف
Intensive Intervention	تدخل علاجي مكثف
Impairment	ضعف أو تلف أو عطب
Impulsivity	الاندفاعية
Ineffective Parenting	الأسلوب الوالدي غير الفعال
Instability	عدم الاستقرار - عدم الثبات
Illustrative Case	حالة توضيحية
Interview	مقابلة شخصية

J

Juvenile Delinquency	الأحداث الجانحين
Judicial	شرعي - قانوني
Juvenile	حدث
Juvenile Court	محكمة الأحداث

L

Long - Term Effectiveness	الفعالية طويلة الأمد
Learning Disability	صعوبات التعلم
Laying	الكذب
Long - Term Outcomes	النتائج طويلة الأمد
Late Onset Disorder	اضطراب متأخر الحدوث
Louisville Behavior Checklist	قائمة لويسفيل للسلوك
Long - Term Studies	الدراسات طويلة الأجل
Limitation	أوجه قصور أو عجز

Leukopenia	نقص كرات الدم البيضاء
M	
Major Depressive Disorder	اضطراب الاكتئاب الجسيم
Maternal Depression	الاكتئاب الأمومي
Marital Discord	التناحر الزوجي
Marital Disruption	اضطراب زواجي / كرب زواجي
Marital Distress	ضيق زواجي / كرب زواجي
Marital Conflict	الصراع / النزاع الزوجي
Marital Violence	العنف الزوجي
Multifaceted Programs	البرامج متعددة المراحل
Multi-Systemic Therapy (MST)	العلاج متعدد النظم
Mood Disorder	اضطراب الحالة المزاجية
Medical Care	رعاية طبية
Medication	العلاج الطبي
Marital Therapy	العلاج الزوجي
Minimal Treatment	الحد الأدنى من العلاج
Multifaceted	متعدد المظاهر أو الجوانب
Mild	معتدل
Moderate	متوسط
Mugging	قطع الطريق
Molestation	المضايقة
Multiple Antisocial Behaviors	السلوكيات المتعددة المضادة للمجتمع
Moods	الطباع

Marital Discord	الخلاقات الزوجية
Mood Stabilizers	مثبتات الحالة المزاجية
Modeling	النمجة
Mild Punishment	عقاب معتدل
N	
Nuclear Family	الأسرة النووية (الأسرة التي تضم الأب والأم والأولاد فقط)
Neurological Signs	العلامات العصبية
Neurological Dysfunction	خلل وظيفي عصبي
Neurological Examination	فحص عصبي (فحص الجهاز العصبي)
Neuropsychiatric	طب نفسي عصبي
Negative Emotions	انفعالات سلبية
Negative Impact	التأثير السلبي
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
Neurological	عصبي (متعلق بالأعصاب)
Neurological Dysfunction	خلل وظيفي عصبي
Neurology	علم الأعصاب
Neuropsychological	نفسي عصبي
Nondirective Therapy	العلاج غير الموجه
National Institute of Mental Health	المعهد القومي للصحة النفسية
Nontrivial Value	سرقة أشياء تافهة
Negativism	السلبية
Nonaggressive Conduct	المسلك غير العدواني

Non - Compliant	غير مطيع
Negative Life Stressors	المنغصات الحياتية السلبية
Neurological Deficits	أوجه عجز عصبية
Negative Emotionality	التأثير السلبي
Neuroleptic Drugs	أدوية خاصة بالانقباض العصبي
Neighborhood	الجيران
Neurobiological Factors	العوامل البيولوجية العصبية
O	
Overall	الإجمالي / النتيجة الإجمالية
Offenses	المخالفات
Oppositional Defiant Disorder (ODD)	اضطراب العناد والتحدي
Overt Behavior	سلوك ظاهر
Obligations	تجنب الالتزامات
Obstinate Children	الأطفال المعاندين
Offense	جريمة - جنحة
Obsessive Compulsive Disorder	اضطراب الوسواس القهري
Oppositional Behavior	سلوك معارض
Opposition	معارضة
P	
Prevalence	الانتشار
Prognosis	سير المرض / مآل المرض (التنبؤ بسير المرض)
Pharmacotherapy	العلاج الدوائي (بالعقاقير)
Psychosurgery	الجراحة النفسية

Parent Training / Education Programmes	برامج تعليم / تدريب الوالدين
Parent Effectiveness Training (PET)	التدريب الفعال للوالدين
Psychomotor Seizures	نوبات (اختلالات) نفسية حركية
Promiscuity	الاختلاط الجنسي (الإباحية الجنسية) - الاتصال الجنسي غير الشرعي
Probation Officer	ضابط المراقبة
Probation	ملاحظة / اختبار
Protective Factors	عوامل الحماية (الوقاية)
Progression	تعاقب / تسلسل
Post-Traumatic Stress Disorder	اضطراب الضغوط التالية للصدمة
Psychosis	الذهان
Poor Supervision	الإشراف أو المراقبة الرديئة
Parental Disharmony	عدم الانسجام بين الزوجين
Panic Disorder	اضطراب الهلع
Parent Interview	المقابلة الشخصية مع الوالدين
Physical Illnesses	الأمراض الجسمية
Prevalent	سائد / مسيطر
Psychotherapy	العلاج النفسي
Poverty	الفقر
Problem - Solving Skills Training (PSST)	التدريب على مهارات حل المشكلات
Problem - Solving Skills	مهارات حل المشكلات

Psychodynamic Therapy	العلاج النفسي الدينامي
Psychosocial Interventions	التدخلات النفسية الاجتماعية
Peer Group Interventions	تدخلات مجموعة الرفاق
Parent Training	تدريب الوالدين
Parent Symptom Questionnaire	استبيان الأعراض المرضية من وجهة نظر الوالدين
Personality Inventory for Children	قائمة الشخصية للأطفال
Peer Nomination of Aggression Scale	مقياس تقدير الأقران للعدوانية
Prenatal	قبل الميلاد
Perinatal	قرب الميلاد
Psychotherapy	العلاج النفسي
Play Therapy	العلاج باللعب
Parent Management Training (PMT)	تدريب الوالدين على إدارة الأسرة
Processing	التجهيز
Prevention	الوقاية / المنع
Prevention Programs	برامج الوقاية أو المنع
Polarization	استقطاب
Purse Snatching	اختطاف حافظة النقود
Parental Prohibition	الخطر الوالدي
Protective Factors	العوامل الوقائية / عوامل الحماية
Program	برنامج
Programme	
Peer Group	جماعة الأقران أو الرفاق

Peer Evaluations	تقديرات الأقران
Pathological Gambling	المقامرة المرضية
Poor Parental - Child Relationships	العلاقات السيئة بين الوالدين والطفل
Physical Abuse	الإساءة الجسمية
Pervasive Developmental Disorder (PDD)	الاضطراب السائد المتعلق بالنمو (الاضطراب الإنمائي السائد)
Prenatal	ما قبل الولادة
Prenatal Care	الرعاية قبل الولادة - الرعاية أثناء الحمل
Placebo	الدواء الوهمي
Psychiatry	الطب النفسي
Psychiatric	متعلق بالطب النفسي
Psychiatric Disorder	اضطراب طب نفسي
Psychiatric Examination	فحص طبي نفسي
Psychiatrist	طبيب نفسي
Physical Cruelty	وحشية جسدية
Paternal Depression	الاكتئاب الأبوي (من جهة الأب)
Parents' Communication	مهارات الاتصال عند الوالدين
Psychostimulants	المنبهات النفسية
Performance	أداء
Performance IQ	نسبة الذكاء الأدائي
Poor Self - Regulation	التنظيم الرديء للذات
Psychological Complications	مضاعفات نفسية
Palpitations	خفقان القلب

R

Rabies	داء الكلب
Reports of Significant Others	تقديرات الآخرين ذوى الأهمية
Resilience	مرونة أو ليونة
Resiliency	المرونة
Residential Treatment	العلاج أثناء الحجز داخل المستشفى (أو المصحّة)
Resentment	الغلظة
Relapse	الانتكاس
Risk Factors	عوامل المخاطرة
Restlessness	التملل / التعب
Recommendations	التوصيات
Rule Violations	انتهاك القواعد
Rural	ريفي
Rural Areas	مناطق ريفية
Rural Community	مجتمع محلي ريفي
Rural Population	سكان الريف
Rural Society	مجتمع ريفي
Response Variable	متغير الاستجابة
Recidivists	مجرمين (معتادي الإجرام)
Recidivist	مجرم عائد (معتاد الإجرام)
Reciprocal	متبادل - متقابل - مقلوب
Reciprocal Inhibition	كف متبادل
Reciprocal Influence	تأثير متبادل

Recipathy	تلاقى المشاعر (بين شخصين)
Role Playing	لعب الأدوار
S	
Syndrome	زملة
Self - Report Measures	مقاييس التقرير الذاتي
Self - Report Delinquency Scale	مقياس التقرير الذاتي للجناح
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (SADS)	دليل الاضطرابات الانفعالية والفصام لأطفال سن المدرسة
Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory	قائمة سوتر- آيبرج لسلوك التلاميذ
School Behavior Checklist	قائمة السلوك المدرسي
Susceptibility	الحساسية لنتائج معينة
Subclinical	دون الكلينيكى
Subclinical Levels	مستويات دون كينيكية
Social Skills Training	التدريب على المهارات الاجتماعية
Social Cognitive Skills Training	التدريب على المهارات المعرفية الاجتماعية
School Transitional Environmental Program (STEP)	برنامج تغيير البيئة المدرسية
Specify Severity	حدة / شدة الاضطراب
Severe	حاد
Shoplifting	سرقة سلع من متجر
Solitary Aggressive Type	السلوك المتحرق العدوانى
Spite	الحقد
Sociopathy	المرض الاجتماعى

Self - Mutilation	إيذاء النفسي (الذات)
Sexual Misconduct	الاعتداءات الجنسية (الزنا)
Self - Assertiveness	توكيد الذات
Somatization Disorder	اضطراب الجسدية
Somatotherapy	العلاج الجسدي
Sophism	مغالط أو متحذلق
Side Effects	الآثار الجانبية
Short - Term Effectiveness	الفعالية / الكفاءة قصيرة الأجل
Socialized Conduct Disorder	اضطراب المسلك المشاع (انمشتك بين الجماعة)
Systematic Training for Effective Parenting (STEP)	التدريب المنتظم للأسلوب الوالدي الفعال
Specific Conduct Problems	المشكلات السلوكية النوعية
Separation Anxiety Disorder	اضطراب قلق الانفصال
Self Injury	إلحاق الضرر بالذات أو النفس
Serious Violations of Rules	الانتهاكات الخطيرة للقواعد
Stealing	السرقه / الاختلاس
Suicide Behavior	السلوك الانتحاري
Suicidal	انتحاري
Social Context	السلوك الاجتماعي
Social Disadvantage	الخلل الاجتماعي
Social Deterioration	التدهور الاجتماعي
Social Disequilibrium	اختلال التوازن الاجتماعي
Social Disintegration	التفكك الاجتماعي

Social Isolation	العزلة الاجتماعية
Serious Violations of Rules	الانتهاك الخطير للقواعد
Struggle	مقاومة أو صراع
Stimulants	المنبهات
Stopping Stealing	التوقف عن السرقة
Speaking Respectfully	التكلم باحترام
Stability	الثبات / الاستقرار
Specific Developmental Disorders	اضطرابات نمائية نوعية
Separation Anxiety	قلق الانفصال
Stabilize	ثبت - رسخ
Stabilizer	مثبت - موطد
Schizophrenic Disorders	الاضطرابات الفصامية
Schizophrenic	فصامي / مفصوم
Schizophrenia	الفصام
Suicide	انتحار
Societal Factors	عوامل مجتمعية
Synthesis	تركيب / تأليف
T	
Teasing	مضايقة
Truancy	الصياغة (الشرود)
Treatment	العلاج
Threshold	عتبة / بداية / حد
Threapeutic Relationship	العلاقة العلاجية

Therapeutic	علاجي
Threapeutic Foster Care	رعاية علاجية بديلة
Tracking Child Behavior	تتبع سلوك الطفل
Threatening	التهديد
Truant From School	يتغيب عن المدرسة
Tormenting	التعذيب
Theft	السرقه
Touchiness	الدسائيه
Temperament	الحالة المزاجية (المزاج)
TSH= Thyroid - Stimulating Hormone	هرمون الغدة الدرقية
Tachy Cardiac	سرعة ضربات القلب

U

Universal Programs	البرامج العامة
Undifferentiated Type	النوع غير المحدد
Unsocialised Conduct Disorder	اضطراب المسلك غير المشاع (غير المشترك بين الجماعة)
Urban	حضري
Urban Areas	مناطق حضرية
Urban Community	مجتمع حضري
Urban Population	سكان الحضر/ سكان المدن
Urban Society	مجتمع مدني / مجتمع حضري
Urbanization	تحضر
Urgent	ضروري - ملح - مستعجل

Unconditional Stimulus

مثير شرطى

V

Vandalism

التخريب المتعمد للممتلكات

Vulnerability

القابلية للإصابة

Vocational Schools

المدارس الفنية

Verbal Hostility

العداء اللفظي

Variance

تباين

Variation

تباين - تغاير

Variety

تنوع / اختلاف

Violations

مخالفة - انتهاك

Verbal

لفظي

Verbal Intelligence Quotient

نسبة الذكاء اللفظية

Victim

ضحية - فريسة - مجني عليه

Victims

ضحايا

Vulnerability

قابليته للإصابة - قابلية المرض

VS. = Versus

ضد

W

Withdrawal

انسحاب

Withdrawn Behavior

سلوك انسحابي

Warfare

قتال

Warning

إنذار - تخدير

Weakness

عجز - ضعف

Welfare

رفاهية / إنعاش

Worrying

مهموم

Y

Young Offenders

الآثمون الصغار أو ذوات
السوابق

Yielding

استسلام / خضوع / إذعان

Youth

الشباب

قائمة المراجع

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

آلان كازدين (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين .
(ترجمة) عادل عبد الله محمد القاهرة : دار الرشاد .

أحمد عكاشة (٢٠٠٣) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو
المصرية .

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة :
دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) . الاضطرابات النفسية فى الطفولة
والمراهقة : الأسباب - التشخيص - العلاج . القاهرة : دار
القاهرة .

كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢) . موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي .
الإمارات العربية المتحدة : دار الكتاب الجامعي .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) . اضطراب نقص الانتباه المصحوب
بالنشاط الزائد " الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج " .
القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٢) . اضطراب المسلك من حيث التشخيص
والأسباب وعوامل المخاطرة . المؤتمر العلمي الثالث ، كلية
الآداب ، جامعة المنوفية ، ص ص ٤٣ - ٦٣ .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ أ) فاعلية العلاج النفسي فى علاج
اضطراب المسلك : رؤية نفسية لتحسين الشباب فى عصر

العولمة . الندوة الثانية لقسم علم النفس ، كلية العلوم
الاجتماعية ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ،
الرياض ، المملكة العربية السعودية ، ص ص ٥٨٥ -
٦١٢ .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ ب) . الإسهامات البيولوجية والاجتماعية
والمعرفية المسئولة عن حدوث اضطراب العناد والتحدي :
رؤية نفسية لتحسين الشباب من الاضطرابات السلوكية .
المؤتمر السنوي السابع عشر ، مركز الإرشاد النفسي ،
جامعة عين شمس ، ص ص ٦٣ - ٩٣ .
محمد المهدي (٢٠٠٧) . الصحة النفسية للطفل . القاهرة : مكتبة الأنجلو
المصرية .

محمود عيد الرحمن حمودة (١٩٩٨) . الطفولة والمراهقة : المشكلات
النفسية والعلاج (ط ٢) . القاهرة : مركز الطب النفسي
والعصبي للأطفال .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992) . Attention deficit
hyperactivity and conduct disorder : Comorbidity
and implications for treatment . *Journal of
Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(6),*
PP. 881 - 892.

Aguilar, B. ; Sroufe, L. ; Egeland, B., & Carlson, E. (2000).
Distinguishing the early-onset/ persistent and
adolescence-onset antisocial behavior types: From
birth to 16 years. *Development and
Psychopathology, Vol. 12(2), PP. 109 - 132.*

- Alexander, J. F. ; Hotzworth - Munroe, A., & Jameson, P. B. (1994) . The presses and outcome of marital and family therapy research review and evaluation . In A. F. Bergin & Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp.118 - 154). New York : Wiley.
- Althoff, R. R. ; Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2003) . Attention deficit hyperactivity disorder , oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals*, Vol. 33 (4), PP. 245 - 252 .
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) . Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)* . Washington, DC : American Psychiatric Press .
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - 5)* . Washington, DC : American Psychiatric Press .
- Andershed, H. ; Gustafson, S. B. ; Kerr, M., & Stattin, H. (2002). The usefulness of self-reported psychopathy-like traits in the study of antisocial behaviour among non-referred adolescents. *European Journal of Personality*, Vol.16(5), PP.383 - 402.
- Angold, A. ; Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999) . Comorbidity . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40(1), PP. 57 - 87.
- Angold, A. ; Erkanli, A. ; Farmer, E. M. ; Fairbank, J. A. ; Burns, B. J. ; Keeler, G., & Costello, J. (2002) .

Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth . *Archives of General Psychiatry*, Vol. 59(10), PP. 893 - 901 .

Angold, A., & Costello, E. J. (1993) . Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, theoretical and methodological issues . *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150(12), PP. 1779 - 1791.

Angold, A., & Costello, E. J. (2001) . The epidemiology of disorders of conduct : Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 126 - 168). Cambridge : Cambridge University Press .

Arseneault, L. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Taylor, A. ; Rijdsdijk, F. V. ; Jaffee, S. R., et al. (2003) . Strong genetic effects on cross-situational antisocial behavior among 5- year-old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, Vol. 44(6), PP. 832 - 848 .

August, G. L. ; Realmutto, G. M. ; Hektner, J. M., & Bloomquist, M. L. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children : The early risers' program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol. 69(4), PP. 614 - 626.

Babinski, L. M. ; Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1999) . Childhood conduct problems , hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40(3), PP. 347 - 355 .

- Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Brain & Development, Vol.25(2), PP. 77 - 83.*
- Barton, J. (2003). Conduct disorder: Intervention and prevention. *International Journal of Mental Health Promotion, Vol. 5(4), PP. 32 - 41.*
- Bassarath, L. (2001) . Conduct disorder : A biopsychosocial review . *Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46(7), PP. 609 - 616 .*
- Bear, G. G. (1998). School discipline in the United States : Prevention, correction and long-term social development. *School Psychology Review, Vol. 2(1), PP. 14 - 32.*
- Bell, P. S. (2006) . Jamaican teachers' attitudes toward children with oppositional defiant disorder, conduct disorder, and attention deficit hyperactivity disorder . *Unpublished doctoral dissertation, Capella University, Minneapolis, Minnesota.*
- Bennett, K. J., & Offord, D. R. (2001) . Conduct disorder : Can it be prevented ? . *Current Opinion in Psychiatry, Vol. 14(4), PP. 333 - 337 .*
- Berryhill, J. C., & Prinz, R. J. (2003). Environmental interventions to enhance student adjustment: Implications for prevention. *Prevention Science, Vol. Vol. 4(2), PP. 65 - 87.*
- Biederman, J. ; Mick, E. ; Iaraone, S.V., & Wozniak, J. (2004). Pediatric bipolar disorder or disruptive behavior disorder . *Primary Psychiatry, Vol. 11(9), PP. 36 - 41.*

- Bieling, P. J. ; McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2009). *Cognitive - behavioral therapy in groups*. New York : The Guilford Press.
- Bierman, K. (2002) . Evaluation of the first 3 years of the fast track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 30(1), PP. 19 - 35 .
- Bierman, K. L. ; Coie, J. D. ; Dodge, K. A. ; Foster, E. M. ; Greenberg, M. T. ; Lochman, J. E. ; McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2004). The effects of the Fast Track program on serious problem outcomes at the end of elementary school. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 33(4), PP. 650 - 661 .
- Blair, R.I. (1999) . Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies . *Personality and Individual Differences*, Vol. 27(1), PP. 135 - 145 .
- Blonigen, D. M. ; Hicks, B. M. ; Krueger, R. F. ; Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: A Longitudinal biometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 115(1), PP. 85-95.
- Book, A. S. ; Starzyk, K. B., & Quinsey, V. L: (2001). The relationship between testosterone and aggression : A meta - analysis . *Aggression & Violent Behavior*, Vol. 6, PP. 579 - 599 .
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 25(2), PP.

- Borduin, C. M. ; Mann, B. J. ; Cone, I. T. ; Henggeler, S. W. ; Fucci, B. R. ; Blake, D. M., & Williams, R. A. & Williams, R. A.. (1995) . Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63(4), PP.569 - 578 .
- Boylan, K. ; Vaillancourt, T. ; Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol.16(8), PP. 484 - 494.
- Boyle, M. ; Offord, D. ; Racine, Y. ; Szatmari, P. (1992) . Predicting substance use in late adolescence : Results from the Ontario child health study follow - up . *American Journal of Psychiatry*, Vol. 149(6), PP. 761 - 767 .
- Brame, B. ; Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001) . Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 42(4), PP. 503 - 512.
- Bredekamp, S., & Copple, C. (1997). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs*. Washington, Dc: National Association for the Education of Young Children.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5, 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 27(2),

PP. 180 - 189.

- Brinkmeyer, M. Y. (2006). Conduct disorder in young children : A comparison of clinical presentation and treatment outcome in preschoolers with conduct disorder versus oppositional defiant disorder. *Unpublished doctoral dissertation, University of Florida.*
- Brinkmeyer, M. Y., & Eyberg, S. M. (2003) . Parent - child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204 - 223) . New York : Guilford Press.
- Brody, G. H. ; Ge, X. ; Kim, S. Y. ; Murry, V. M. ; Simons, R. L. ; Gibbons, F. X., et al. (2003) . Neighborhood disadvantage moderates associations of parenting and older sibling problem attitudes and behavior with conduct disorders in African American children . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 71(2), PP. 211 - 222 .*
- Broidy L. M. ; Nagin, D. S. ; Tremblay, R. E. ; Bates, J. E. ; Brame, B. ; Dodge, K. A., et al. (2003) . Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency : A six-site, cross-rational study . *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 222 - 245 .*
- Bubier, J. L. (2010) . Co-occurrence of oppositional defiant disorder with generalized and separation anxiety disorders among inner - city children . *Unpublished doctoral dissertation, Temple University.*
- Burgess, K. B. ; Marshall, P. J. ; Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2003) . Infant attachment and temperament as

predictors of subsequent externalizing problems and cardiac physiology . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 44(6), PP. 819 - 831.

Burke, J. D. ; Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder : A review of the past 10 years, part II . *Journal of the American Psychiatric Association*, Vol. 41(11), PP. 1275 - 1293 .

Burke, J. D. ; Loeber, R., & Lahey B. B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol.36(3), PP. 334 - 346.

Burnette, M. L., & Newman, D. L. (2005). The natural history of conduct disorder symptoms in female inmates : On the predictive utility of the syndrome in severely antisocial women. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 75 (3), PP. 421 - 430 .

Burns, G. L. ; Walsh, J. A. ; Patterson, D. R. ; Hplte, C. S.; Somers-Flanagan, R., & Parker, C. M. (1997). Internal validity of the disruptive behavior disorder symptoms: Implications from parent ratings for a dimensional approach to symptom validity . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 25(4), PP. 307 - 319 .

Caldwell, M. ; Skeem, J. ; Salekin, R., & Van Rybroek, G. (2006). Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: A 2-year follow-up. *Criminal Justice and Behavior*, Vol.33(5), PP.571-596.

- Camp, B. W., & Bash, M. S. (1981). *Think aloud: Increasing social cognitive skills - a problem-solving program for children*. Champaign : Research Press .
- Campbell, S. B. (2002) . *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues (2nd ed.)* . New York : Guilford Press .
- Campbell, M. ; Gonzalez, N. M., & Silva, R. R. (1992) . The pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outbursts. *Psychiatric Clinical North America*, Vol. 15, PP. 69 - 85 .
- Campbell, S. B. ; Pierce, E. W. ; March, C. L. ; Ewing, L. J., & Szumowski, E. K., (1994). Hard-to-manage preschool boys: Symptomatic behavior across contexts and time. *Child development*, 65(3), PP. 836 - 851
- Campbell, S. B. ; Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000) . Early externalizing behavior problems : Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment . *Development and Psychopathology*, Vol.12(3), PP. 467 - 488 .
- Capaldi, D. M. ; Conger, R. D. ; Hops, H., & Thornberry, T. P. (2003) . Introduction to special section on three generation studies . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 31(2), PP. 123 - 125 .
- Capaldi, D. M., & Eddy M. J. (2009). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In T. P. Gullotta & G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (PP. 283 - 308). New York: Springer.

- Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1994) . Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence. In D. Fowles ; P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and antisocial personality : A developmental perspective (pp.165 - 198)*. New York : Springer .
- Caplan, M. ; Weissberg, R. P. ; Grober, J. S. ; Sivo, P. J. ; Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(1), PP. 56 - 63*.
- Carey, G., & Dilalla, D. (1994) . Personality and psychopathology: Genetic perspectives . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 103, PP. 32 - 43* .
- Caspi, A. ; McClay, J. ; Terrie, E. ; Moffitt, T. E. ; Mill, J. ; Martin, J., et al. (2002) . Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children . *Science, Vol. 297(5582), PP. 851 - 854* .
- Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Personality development across the life course: The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry, Vol.12(2), PP. 49 - 66*.
- Champion, L. A. ; Goodall, G., & Rutter, M. (1995) . Behavior problems in childhood and stressors in early adult life : I. A 20 year follow - up of London school children . *Psychological Medicine, Vol. 25(2), PP. 231 - 246* .
- Chang, K. D., & Simeonova, D. I., (2004) . Mood stabilizers: Use in pediatric psychopharmacology. In H.

- Steimer (Ed.), *Handbook mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach* (pp. 369 - 412) . San Francisco : Jossey - Bass.
- Chang, K. D. (2004). Pediatric psychopharmacology : An overview. In H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach* (pp. :245 - 257). San Francisco : Jossey - Bass .
- Cheny, J. W. (2007) . Young children's stories' of love, fear and violence at home : A qualitative analysis of the narrative representations of maltreated preschool boys diagnosed with disruptive behavior, regulatory dysfunction, oppositional defiant, conduct and anxiety disorders . *Unpublished doctoral dissertation, Iowa State University, Ames, Iowa* .
- Clarke, T. L. (2009) . Executive functioning and overt / covert patterns of conduct disorder symptoms in children with ADHD . *Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland* .
- Cloninger, C.R. ; Svrakic, D. M., & Przybeck, T.R. (1993) . A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, Vol. 50(12), PP. 975 - 990* .
- Cohen, P. ; Cohen, J., & Brook, J. S. (1993) . An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence : II. Persistence of disorders . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.34(6), PP. 869 - 877* .
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression, and antisocial

behavior. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social emotional and personality development* (5th ed., Vol.3, pp. 779 - 862). New York: Wiley.

Colder, C. R. ; Lochman, J. E., & Wells, K. C. (1997) . The moderating effects of children's fear and activity level on relations between parenting practices and childhood symptomology . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.25(3), PP. 251 - 263 .

Comer, R. J. (1998) . *Abnormal psychology* (3rd ed.) . New York : W. H. Freeman and Company .

Comings, D. E. (2000) . The role of genetics in ADHD and conduct disorder - relevance to the treatment of recidivistic antisocial behavior. In D. H. Fishbein (Ed.), *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors : Application to the criminal justice system* (pp. 16 - 41). Kingston, NJ : Civic Research Institute.

Connor, D. F. (1998) . Other medications in the treatment of child and adolescent CD . In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder a handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed. pp. 564 -581). New York : Guilford Press .

Costello, E. J. ; Compton, S. N. ; Keeler, G., & Angold, A. (2003) . Relationships between poverty and psychopathology : A natural experiment . *Journal of the American Medical Association*, Vol. 290(15), PP. 2023 - 2029 .

Costello, E. J. ; Keeler, G. P., & Angold, A. (2001) . Poverty race / ethnicity, and psychiatric disorder ; A study of rural children . *American Journal of Public*

Health, Vol. 91(9), PP. 1494 -1498 .

- Costello, E. J. ; Mustillo, S. ; Erkanli, A. ; Keeler, G., & Angold, A. (2003) . Prevalence and development of psychiatric disorders in children and adolescence. *Archives of General Psychiatry, Vol. 60(8), PP. 837 - 844 .*
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, Vol. 115(1), PP.74 - 101.*
- Crick, N. R., & Nelson, D. A. (2002) . Relational and physical victimization within friendships: Nobody told me there'd be friends like these . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.30(6), PP. 599 - 607 .*
- Crick, N. R., & Rose, A. J. (2000) . Toward a gender-balanced approach to the study of social - emotional development : A look at relational aggression. In P. H. Miller & E. Kofsky-Scholnick (Eds.), *Toward a feminist developmental psychology (pp.153 - 168)* . Florence, K Y : Taylor & Francis Routledge .
- Crowell, S. E. ; Beauchaine, T. P. ; Gatzke-Kopp, L. ; Sylvers, P. ; Mead, H., & Chipman - Chacon, J. (2006) . Autonomic correlates of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 115(1), PP. 174 -178 .*
- Cueva, J. E. ; Overall, J. E. Small, A. M. ; Armenteros, J. L. ; Perry, R., & Campbell, M. (1996) . Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder : A double-blind and placebo - controlled study .

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35(4), PP. 480 - 490 .

Cummings, E. M., & Davis, P.T. (2002) . Effects of marital conflict on children : Recent advances and emerging themes in process-oriented research . *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, Vol. 43(1), PP. 31- 63 .*

Cunningham, C. F. ; Boyle, M. ; Offord, D. ; Racine, Y. ; Hundert, J. ; Secord, M., et al. (2000) . Tri - ministry study : Correlates of school - based parenting course utilization . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 68(5), PP. 928 - 933 .*

Dadds, M. R. ; Hawes, D. J. ; Frost, A. D. ; Vassallo, S.; Bunn, P. ; Hunter, K., & Merz, S. (2009). Learning to "talk the talk": The relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 50(5), PP. 599 - 606.*

Dandreaux, D. M., & Frick, P. J. (2009). Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent-onset distinction. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 37(3), PP. 375 - 385.*

David, C. F., & Kistner, J. A. (2000) . Do positive self - perceptions have a "dark side"? Examination of the link between perceptual - bias and aggression . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28(4), PP. 327 - 337 .*

Davison, G. C., & Neale, J. M. (1996). *Abnormal psychology (revised 6th ed.)* . New York : John Wiley & Sons,

Inc .

- Day, N. L. ; Richardon, G. A. ; Goldechmidt, L., & Cornelius, M. D. (2000) . Effects of prenatal tobacco exposure on preschoolers' behavior . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, Vol. 21(3), PP. 180 - 188 .
- Deater - Deckard, K., & Dodge, K. A. (1997) . Externalizing behavior problems and discipline revisited : Nonlinear effects and variation by culture, context, and gender . *Psychological Inquiry*, Vol. 8(3), PP. 161 - 175 .
- Deater-Deckard, K. (2000) . Parenting and child behavioral adjustment in early childhood : A quantitative genetic approach to studying family process . *Child Development*, Vol. 71(2), PP. 468 - 484 .
- Dick, D.M. ; Viken, R. J. ; Kaprio, J. ; Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2005) . Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 33 (2), PP. 219 - 229 .
- Dishion, T. J. & Bullock, B. M. (2002) . Parenting and adolescent problem behavior : An ecological analysis of the nurturance hypothesis. In J. G. Borkowski ; S. L. Ramey & M. Bristol - Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social - emotional development* (pp. 231 - 249) . Mahwah, NJ : Erlbaum .

- Dishion, T. J. ; French, D. C., & Patterson, G. R. (1995) . The development and ecology of antisocial behavior . In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology : Risk, disorder, and adaptation (Vol. 2, pp.421 - 471)* . New York : Wiley .
- Dishion, T. J. ; McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm peer groups and problem behavior. *American Psychologist, Vol. 54(9), PP. 755 - 764.*
- Dishion, T. J. ; Shaw, D. S. ; Connell, A. ; Gardner, F. ; Weaver, C., & Wilson, M. (2008). The Family Check - up with high - risk indigent families: Preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Development, Vol. 79(5), PP. 1395 - 1414.*
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992) . Age effects in parent training outcome . *Behavior Therapy, Vol.23(4), PP. 719 - 729 .*
- Dodge, K. A. (1993). Social - cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, Vol. 44(1), PP. 559 - 584.*
- Dodge, K. A. ; Lochman, J. E. ; Harnish, I. D. ; Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youths. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 106(1), PP. 37 - 51.*
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003) . A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in

- adolescence . *Developmental Psychology*, Vol. 39(2), PP. 349 - 371.
- Dodge, K. A., & Price, J. M. (1994). On the relation between social information processing and socially competent behavior in early school aged children. *Child Development*, Vol. 65(5), PP. 1385 - 1397.
- Dudley - Grant, G. R. (2001) . Eastern Caribbean family psychology with conduct disordered adolescents from the virgin islands . *American Psychologist*, Vol. 56(1), PP. 47 - 57 .
- Durlak, J. A. ; Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991) . Effectiveness of cognitive - behavior therapy for maladapting children : A meta analysis. *Psychological Bulletin* , Vol. 110(2), PP. 204 - 214.
- Durlak, J. A. ; Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive - behaviour therapy for maladopting children: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, Vol. 110(2), PP. 204 - 214.
- Edens, I. F. ; Skopp, N. A, & Cahill, M. A. (2008). Psychopathic features moderate the relationship between harsh and inconsistent parental discipline and adolescent antisocial behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 37(2), PP. 472 - 476.
- Eley, T. C. ; Lichenstein, P., & Moffitt, T. F. (2003) . A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior . *Development and Psychopathology*, Vol. 15(2), PP. 383 - 402 .
- Elliott, D. S. (1994) . Serious violent offenders : Onset, developmental course and termination .

Criminology, Vol. 32(1), PP. 1 - 21.

Elliott, D. S. ; Huizinga, D., & Menard, S. (1989) . *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems* . New York : Springer - Verlag .

Ember, C. R., & Ember, M. (1994) . War, socialization, and interpersonal violence : A cross - cultural study . *Journal of Conflict Resolution, Vol. 38(4), PP. 620 - 646* .

Embry, D. D. (2002). The good behavior game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 5(4), PP. 273 - 297*.

Emslie, G. J. ; Portteus, A. M. ; Kumer, E. C., & Hune, J. H. (2004) . Antidepressants : SSRIs, and novel atypical antidepressants an update on psychopharmacology. In H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach (pp. 318 - 362)* . San Francisco : Jossey Bass.

Erickson, M. T. (1992) . *Behavior disorders of children and adolescents* . Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall .

Eyberg, S. M. ; Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 37(1), PP. 215-237*.

Falkenbach, D. M. ; Poythress, N. G., & Heide, K. M. (2003). Psychopathic features in a juvenile diversion

population: Reliability and predictive validity of two self-report measures . *Behavior Science & Law, Vol. 21(6), PP. 787 - 805.*

Farrell, A. D. ; Meyer, A. L. ; Sullivan, T. N., & Kung, E. M. (2003). Evaluation of the responding in peaceful and positive ways (RIPP) seventh grade violence prevention curriculum. *Journal of Child and Family Studies, Vol. 12(1), PP. 101 - 120.*

Farrell, A. D. ; Meyer, A. L., & White, K. S. (2001). Evaluation of responding in peaceful and positive ways (RIPP): A school-based prevention program for reducing violence among urban adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 30(4), PP. 451 - 463.*

Farrington, D. P. (1989) . Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence and Victims, Vol. 4, PP. 79 - 100 .*

Farrington, D. P. (1997) . Early prediction of violent and nonviolent youth offending . *European Journal on Criminal Policy and Research, Vol.5(2), PP. 51 - 66.*

Feehan, M. ; McGee, R., & Williams, S. (1993) . Mental health disorders from age 15 to age 18 years . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 32(6), PP. 1118 - 1126 .*

Feindler, E. L., & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive - behavior techniques.* New York: Pergamon Books.

Feiner, R. D. ; Brand, S. ; Adan, A. M. ; Mulhall, P. F. ; Flowers, N. ; Sartain, B., & Dubois, D. L. (1994).

Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-up and extensions of the school transitional environment project (STEP). *Prevention in Human Services, Vol.10(2), PP.103 - 136.*

Fergusson, D. M. ; Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (1999) . Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 27(5), PP. 357 - 369 .*

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2002) . Male and female offending trajectories . *Development and Psychopathology, Vol. 14(1), PP. 159 - 177 .*

Fischer, M. ; Barkley, R. A. ; Smallish, L., & Fletcher, K. (2002) . Young adult follow - up of hyperactive children : Self - reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 30(5), PP. 463 - 475 .*

Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent management training-Oregon model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed) pp. 159-177*. New York: The Guilford Press.

Frankel, F., & Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry & Human Development, Vol.33(2), PP. 125 - 146.*

French, D. C., & Dishion, T. (2003) . Predictors of early

- initiation of sexual intercourse among high - risk adolescents . *Journal of Early Adolescence*, Vol. 23, PP. 295 - 315.
- Frick, P. J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol. 41(3), PP. 378-389.
- Frick, P. J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 46(7), PP. 597 - 608.
- Frick, P. J. (2000) . A comprehensive and individualized treatment approach for children and adolescents with conduct disorders . *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 7(1), PP. 30 - 37 .
- Frick, P. J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behavior disorders : A review of recent empirical findings. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 16, pp. 203 - 222) . New York: Plenum .
- Frick, P. J. (1998) . *Conduct disorders and severe antisocial behavior* . New York : Plenum .
- Frick, P. I., & Nigg, J. T. (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. Vol. 8, PP. 77 - 107.
- Frick, P. J. ; Ray, J. V. ; Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding diagnosis, and treatment of serious

conduct problems in children and adolescents? :
A Comprehensive review. *Psychological Bulletin*,
Vol.140 (1). PP. 1 - 57.

Frick, P. J. ; Cornell, A. H., ; Barry C. T. ; Bodin, S. D., &
Dane, H.A. (2003). Callous unemotional traits and
developmental pathways to severe conduct
problems severity, aggression, and self-report of
delinquency. *Journal of Abnormal Child
Psychology*, *Vol. 312(4)*, PP. 457 - 470 .

Frick, P. J. ; Barry, C. T., & Bodin, S. D. (2000). Applying the
concept of psychopathy to children implications for
the assessment of antisocial youth. In C.B. Gacono
(Ed.), *The clinical and forensic assessment of
psychopathy: A practitioner's guide* (pp. 3 - 24).
Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.

Frick, P. J., & Viding, E. M. (2009). Antisocial behavior from a
developmental psychopathology perspective.
Development and Psychopathology, *Vol. 21(4)*,
PP.1111-1131.

Frick, P. J., & McMahon, R. J. (2008). Child and adolescent
conduct problems. In J. Hunsley & E. J. Mash
(Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 41-
66). New York: Oxford University press.

Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The
importance of callous-unemotional traits for
developmental models of aggressive and antisocial
behavior. *The Journal of Child Psychology &
Psychiatry*, *Vol. 49(4)*, PP. 359-375.

Frick, P. J., & Dicknens, C. (2006). Current perspectives on
conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*,
Vol.8(1), PP. 59-72.

- Frick, P. J., & Marsee, M. A. (2006). Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 355-374). New York: The Guilford Press.
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004) . Temperament and developmental pathways to conduct problems . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol. 33(1), PP. 45 - 68 .
- Frick, P. J., & Silverthorn, P. (2002). Psychopathology in children. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed. pp. 881-920). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Frick, P. J., & Ellis, M. I. (1999). Callous - unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 2(3), PP. 149 - 168 .
- Frick, P. J. ; Lahey, B. B. ; Loeber, R. ; Stouthamer - Loeber, M. ; Christ, M. A., et al. (1992) . Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder : Parental psychopathology and maternal parenting . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60(1), PP. 49 - 55 ..
- Friedberg, R. D. ; McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents : Tools for enhancing practice* . New York : The Guilford Press.
- Gaynor, J. (2002). Firesetting . In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry : A comprehensive textbook* (pp. 711 - 724). Philadelphia : Lippincott

Williams & Wilkins .

- Gilvarry, E. (2000) . Substance abuse in young people . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41(1), PP. 55 - 80 .
- Goldstein, R. B. ; Grant, B. F. ; Ruan, W. J. ; Smith, S. M., & Saha, T. D. (2006). Antisocial personality disorder with childhood – vs. adolescence-onset conduct disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.194(9), PP. 667- 675
- Goodwin, R. D., & Hamilton, S. P. (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, Vol.117(2), PP. 159 -166.
- Granger, D. A. ; Shirtcliff, E. A. ; Zahn - Waxler, C. ; Usher, B. ; Klimes - Dougan B., & Hastings, P. (2003) . Salivary testosterone diurnal variation and psychopathology in adolescent males and females : Individual differences and developmental effects . *Development and Psychopathology*, Vol. 15(2), PP. 431 - 449 .
- Granic, I., & Dishion, T. J. (2003) . Deviant talk in adolescent friendships : A step toward measuring a pathogenic attractor process . *Social Development*, Vol. 12(3), PP. 314 - 334 .
- Grant, B. F. ; Hasin, D. S. ; Stinson, F. S. ; Dawson, D. A. ; Chou, S. P. ; Ruan, W. J., & Hunag, B. (2005). Co-occurrence of 12 month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US : Results from the national epidemiologic survey on

alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 39(1), PP. 1- 9.

Greenberg, M. T. ; Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school - aged children : Current state of the field. *Prevention and Treatment*, Vol. 4(1), PP. 1- 62.

Greenberg, M. T. ; Weissberg, R. P. ; O'Brien, M. U. ; Zins, J. E. ; Fredericks, L. ; Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, Vol. 58(6-7), PP. 466 - 474.

Greenberg, M. T., & Kusche, C. A. (2006). Building social and emotional competence: The paths curriculum. In S. R. Jimerson & M. Furlong (Eds.), *Handbook of school violence and school safety: From research to practice* (pp.395 - 412). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Greene, R. W., & Doyle, A. E. (1999) . Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder : Implications for assessment and treatment . *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 2(3), PP. 129 - 148 .

Gresham, F. M., & Lochman, J. E. (2008). Methodological issues in research using cognitive-behavioral interventions. In M. J. Mayer ; R. Van Acker ; J. E. Lochman & F. M. Gresham (Eds.), *Cognitive behavioral interventions for emotional and behavioral disorders: School-based practice* (pp.58 - 81). New York: The Guilford Press.

Grossman, D. C. ; Neckerman, H. J. ; Koepsell, T. D. ; Liu,

- P-Y. ; Asher, K. N. ; Beland, K. ; Frey, K., et al. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 277(20), PP. 1605 - 1611.
- Gureje, O. ; Omigbodun, O. ; Gater, R., & Acha, R. (1994) . Psychiatric disorders in a pediatric primary care clinic . *British Journal of Psychiatry*, Vol.165, PP. 527 - 530 .
- Haas, S. M. ; Waschbusch, D. A. ; Pelham, W. E. ; King, S. ; Andrade, B. F., & Carrey, N. J. (2011). Treatment response in CP/ADHD children with callous-unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), PP. 541-552.
- Harada, Y. ; Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002 a) . Psychosocial problems in attention deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder . *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 56(4), PP. 365 - 369 .
- Harada, Y., ; Satoh, Y. ; Sakuma, A. ; Imai, J. ; Tamaru, T. ; Takahashi, T., et al. (2002 b) . Behavioral and developmental disorders among conduct disorder . *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 56(6), PP. 621 - 625 .
- Harstad, E. B., & Barbaresi, W. J. (2011). Disruptive behavior disorders. In R. G. Voigt ; M. M. Macias & S. M. Myers (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (pp.349-358). Washington, DC: American Academy of Pediatrics.
- Hastings, P. D. ; Zahn-Waxler, C. ; Robinson, J. ; Usher, B., & Bridges, D. (2000) . The development of concern for others in children with behavior problems .

Developmental Psychology, Vol. 36(3), PP. 531 - 546 .

Hawes, D. I., & Dadds, M. R. (2005) . The treatment of conduct problems in children with callous – unemotional traits . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73 (4), PP.737 - 741 .*

Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F. ; Kosterman, R. ; Abbott, R. D., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Vol. 153(3), PP. 226 - 234.*

Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F. ; Morrison, D. M. ; O'Donnell, J. ; Abbott, R. D., & Day, L. E. (1992). The Seattle social development project: Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors . In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Intervention from birth through adolescence (pp. 111 - 130)* . New York : Guilford .

Henggeler, S. W. ; Melton, G. B., & Smith, I. A. (1992) . Family preservation using multisystemic therapy : An effective alternative to incarcerating juvenile offenders . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(6), PP. 953 - 961 .*

Henggeler, S. W. ; Schoenwald, S. K. ; Borduin, C. M. ; Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents* . New York : Guilford .

Henggeler, S. W. ; Schoenwald, S. K., & Pickrel, S. A. (1995) . Multisystemic therapy : Bridging the gap between university and community based treatment .

Journal of Consulting and Clinical Psychology,
Vol. 63(5), PP. 709 - 717 .

Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1990) . *Family therapy and beyond : A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents* . Pacific Grove (CA) : Brooks / Cole.

Henggeler, S.W., & Lee, T. (2003) . Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp.301-322). New York : Guilford .

Henry, B. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E., & Silva, P.A. (1996) . Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions : From age 3 to age 18 . *Developmental Psychopathology*, Vol. 32(4), PP. 614 - 623 .

Herpertz, S. C. ; Mueller, B. ; Qunaibi, M. ; Lichterfeld, C. ; Konrad, K., & Herpertz - Dahmann, B. (2005) . Response to emotional stimuli in boys with conduct disorder . *American Journal of Psychiatry*, Vol. 162 (6), PP. 1100 - 1107 .

Hilarski, C. (2004). Victimization history as a risk factor for conduct disorder behaviors : Exploring connections in a national sample youth . *Stress Trauma and Crisis*, Vol. 7(1), PP. 47 - 59 .

Hill, E. L. (2004) . Executive dysfunction in autism . *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 8(1), PP. 26 - 32 .

Hill, J. (2002) . Biological, Psychological and social processes in the conduct disorders . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 43 (1), PP. 133 -

- Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003) . Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 144 - 198). New York : Guilford .
- Hintikka, U. ; Viinamaki, H. ; Pelkonen, M. ; Hintikka, J. ; Laukkanen, E., & Lehtonen, J. (2003) . Clinical recovery in cognitive functioning and self - image among adolescence with major depressive disorder and conduct disorder during psychiatric inpatient care . *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 73(2), PP. 212 - 223 .
- Hipwell, A. E. ; Pardini, D. A. ; Loeber, R. ; Sembower, M.1. ; Keenan, K., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Callous-unemotional behaviors in young girls: Shared and unique effects relative to conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol.36(3), PP.293 - 304.
- Hodgins, S. ; Kratzer, L., & McNeil, T. T. (2001) . Obstetrical complications, parenting and risk of criminal behavior . *Archives of General Psychiatry*, Vol. 58(8), PP. 746 - 752 .
- Hogan, A. E. (1999) , Cognitive functioning in children with oppositional defiant disorder . In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp.317-335).New York : Kluwer Academic / Plenum .
- Holms, D. S. (1994) . *Abnormal psychology* (2nd ed.) . New York : Harper Callins College Publishers .
- Huesmann, L. R. ; Moise - Titus, J. ; Podolski, C., & Eron, L. D.

- (2003) . Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood : 1977- 1992. *Developmental Psychology*, Vol. 39(2), PP. 201 - 221 .
- Jacobson, K. C. ; Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2002) . Sex differences in the environmental influences on the development of antisocial behavior . *Development and Psychopathology*, Vol. 14(2), PP. 395 - 416 .
- Jaffee, S. R. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A., & Taylor, A. (2003) . Life with (or without) father : The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior . *Child Development*, Vol. 74(1), PP. 109 - 126 .
- Jensen, P. S. ; Martin, B. A., & Cantwell, D. P. (1997) . Comorbidity in ADHD : Implications for research, practice, and DSM - IV . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 36(8), PP. 1065 - 1079 .
- Johnston, L. D. ; O'Malley, P. M., & Bachman, J. (2002) . *Monitoring the future national results on adolescent drug use : Overview of key findings, 2001 (NIH Publication No. 02-5105)* . Bethesda, MD : National Institute on Drug Abuse .
- Joshi, S. V. (2004) . Psychostimulants, atomoxetine, and alpha - agonists . In H. Steimer (Ed.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach* (pp. 258 - 287). San Francisco : Jossey-Bass .
- Kadesjo, C. ; Hagglof, B. ; Kadesjo, B., & Gillberg C. (2003) . Attention deficit hyperactivity disorder with and

- without oppositional defiant disorder in 3-to7-year-old children . *Developmental Medicine & Child Neurology*, Vol. 45(10), PP. 693 - 699 .
- Kahn, R. E. ; Frick, P. J. ; Youngstrom, E.s. ; Findling, R. L., & Youngstrom, J. K. (2012). The effects of including a callous unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 53(3), PP. 271-282.
- Kaufman, N. K. ; Rohde, R. ; Seeley, J. B., & Clarke, G. N. (2005) . Potential mediators of cognitive behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73 (1), PP. 38 - 46 .
- Kazdin, A. E. (1992) . Overt and covert antisocial behavior : Child and family characteristics among psychiatric inpatient children . *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 1(1), PP. 3 - 20 .
- Kazdin, A. E. (1995) . *Conduct disorders in childhood and adolescent (2nd ed.)* . Thousand Oaks (CA): Sage Publications .
- Kazdin, A. E. (1996) . Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy : Issues, challenges, and research directions . *Clinical Psychology : Science and Practice*, Vol. 3(1), PP. 69 - 100 .
- Kazdin, A. E. (1997a) . Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior . In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*

(pp. 377 - 407). Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (1997b) . A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice . *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 26(2), PP. 114 - 129* .

Kazdin, A. E. (2001) . Treatment of conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 408 - 448)* . Cambridge: Cambridge University Press .

Kazdin, A. E. (2003a) . Problem solving skills and parent management training for conduct disorder : In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 241 - 262)*. New York: Guilford Press .

Kazdin, A. E. (2003b) . Psychotherapy for children and adolescents . *Annual Review of Psychology, Vol. 54, PP. 253 - 276* .

Kazdin, A. E. (2003c). Problem solving skills and parent management training for conduct disorder. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 241-262)*. New York : The Guilford Press.

Kazdin, A. E. (2004) . Treatment of conduct disorder . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence (pp.408-448)*. Cambridge : Cambridge University Press .

Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2003) . Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial

- behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.71(3), PP. 504 - 515 .
- Kazdin, A. F., & Wassell, G. (2000) . Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 39(4), PP. 414 - 420 .
- Keenan, K. ; Loeber, R., & Green, S. (1999). Conduct disorder in girls: A review of the literature . *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol.2(1), PP.3 - 19 .
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2000) . More than the terrible twos : The nature and severity of behavior problems in clinic - referred preschool children . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 28(1), PP. 33 - 46 .
- Kemph, J. P. ; DeVane, C. L. ; Levin, G. M. ; Jarecke, R., & Miller, R. L. (1993) . Treatment of aggressive children with clonidine results of an open pilot study . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 32(3), PP. 577 - 581 .
- Kendall, P. (2002). Toward a research-practice-community partnership: Goin' fishing and showing slides. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 9(2), PP. 214 - 216.
- Kendall, P. C. (1991) . *Child and adolescent therapy : Cognitive behavioral procedures* . New York : Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Comer, J. S. (2010) . *Childhood disorders (2nd*

Ed.). New York : Psychology Press .

Kendall, P. C. ; Reber, M. ; McLeer, S.: Epps, J., & Roman, K. R. (1990) . Cognitive - behavioral treatment of conduct disordered children . *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 14(3), PP. 279 - 297 .

Kendall, P. C., & Braswell, L. (1982). Cognitive-behavioral self-control therapy for children: A components analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 50(5), PP.672 - 689.

Kessler, R .C. ; McGonagle, K. A. ; Zhao, S. ; Nelson, C. B. ; Hughes, M. ; Eshleman, S., & Wittchen, H .U. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, Vol.51(1), PP. 8 -19.

Kim-Cohen, J. ; Arseneault, L. ; Newcombe, R. ; Adams, F. ; Bolton, H. ; Cant, L. ; Delgado, K. et al. (2009). Five-year predictive validity of DSM-IV conduct research diagnosis in 4.5 -5 year old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 18(5), PP. 284 - 291.

Kim-Cohen, J. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Harrington, H. ; Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnosis in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 60(7), PP. 709-717.

Kimonis, E. R. ; Frick, P. J. ; Fazekas, H., & Loney, B. R. (2006). Psychopathy, aggression, and the processing of emotional stimuli in non-referred

girls and boys. *Behavioral Science and the Law*, Vol.24(1), PP. 21-37

Kimonis, E. R. ; Frick, P. J. ; Munoz, L. C., & Aucoin, K. J. (2008). Callous-unemotional traits and the emotional processing of distress cues in detained boys: Testing the moderating role of aggression, exposure to community violence, and histories of abuse. *Development and Psychopathology*, Vol. 20(2), PP.569 - 589.

Kimonis, E. R., & Frick, P. J. (2011). Etiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Biological, familial and environmental factors identified in the development of disruptive behavior disorders. In R. C. Murrihy ; A. D. Kidman & T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical of handbook of assessment and treating of conduct problems in youth* (pp. 49-76). New York: Springer.

Kimons, E. R., & Frick, P. J. (2010). Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, Vol. 31(3), PP. 244-254.

Klein, R. G. ; Abikoff, H. ; Klass, E. ; Ganeles, D. ; Seese, L. M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 54(12), PP. 1073 -1080.

Klinterberg, B. A. ; Anderson, T. ; Magnusson, D., & Stattin, H. (1993) . Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending : A longitudinal study of male subjects . *Personality and Individual Differences*, Vol. 15(4),

PP. 381 - 388 .

- Kokko, K., & Pulkkinen, S. (2000) . Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood : A cycle of maladaptation and some protective factors . *Developmental Psychology*, Vol. 36(4), PP. 463 - 472 .
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 119(4), PP. 713 - 725.
- Kooistra, L. ; Crawford, S. ; Dewey, D. ; Cantell, M., & Kaplan, B. J. (2005) . Motor correlates of ADHD : Contribution of reading disability and oppositional defiant disorder . *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 38 (3), PP. 195 - 206 .
- Kralik, M. (2009) . Conduct disorder to antisocial personality disorder in teenagers . *Unpublished master's thesis*, Long Island University, Brooklyn.
- Kroneman, L. M. ; Hipwell, A. E. ; Loeber, R. ; Koot, H. M., & Pardini, D. A. (2011). Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: The moderating effect of callous-unemotional features. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 52(2), PP. 167-175.
- Lahey, B. B. ; Applegate, G. ; Chronis, A. M. ; Jones, H. A. ; Williams, S. H., Loney, J., & Waldman, I. D. (2008). Psychometric characteristics of a measure of emotional dispositions developed to test a developmental propensity model of conduct

disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol.37(4), PP.794-807.

Lahey, B. B. ; Hart, E. L. ; Pliszka, S. ; Applegate, B., & McBurneti, K. (1993). Neurophysiological correlates of conduct disorder : A rationale and a review . *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 22(2), PP. 141 - 153 .

Lahey, B. B. ; McBurnett, K., & Loeber, R. (2000) . Are attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder?. In A. J. Sameroff ; M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 431 - 446). New York, NY : Kluwer Academic/ Plenum.

Lahey, B. B., & Waldman, L. D. (2003) . A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey ; T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and Juvenile delinquency* (pp. 76 - 117) . New York : The Guilford Press .

Lahey, B.B. ; Loeber, R. ; Burke, J., & Rathouz, P. J. (2002) . Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic - referred boys: Predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 30(4), PP. 333 - 348 .

Langone, K. G., & Glickman, R. M. (2006). *Disruptive behavior disorders in children and adolescents* (Vol. 10, 3) . New York University : Child Study Center.

Lansford, J. E. ; Dodge, K. A. ; Pettit G. S. ; Bates, J. E. ; Crozier, J., & Kaplow, J. (2002) . A 12 year

prospective study of the long - term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence :. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Vol. 156(8), PP. 824 - 830.

Larmer, S. A., & Griffith, T. G. (2006). Management of conduct problems in young children: A practitioner's review . *International Journal of Learning* , Vol. 13(1), PP. 149 - 153.

Larson, H. ; Andershed, H. A., & Lichtenstein, P. A. (2006). A genetic factor explains most of the variation in the psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.115(2), PP. 221- 230.

Lee, D. H. (2006) . Comorbid oppositional defiant or conduct disorder problems in children at high-risk for ADHD : A comparison of emotional psychosocial, and behavioral adjustment. *Unpublished doctoral dissertation, University of Florida, Florida* .

LeMarquand, D. ; Tremblay, R. E., & Vitaro, F. (2004) . The prevention of conduct disorder : A review of successful and unsuccessful experiments . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence* (pp. 449 - 477) . Cambridge : Cambridge University Press .

Lewis, C. ; Watson, M., & Schaps, E. (2003). Building community in school: The child development project. In M. J. Elias & H. Arnold (Eds.), *EQ + IQ = best leadership practices for caring and successful schools* (pp. 100 - 108). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Liabo, K., & Richardson, J. (2007) . Conduct disorder and

offending behaviour in young people ; Findings from research . London ; Jessico Kingsley Publishers .

Lindley, B. (2001) . Conduct disorder : A biopsychosocial review . *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 46 (7), PP. 609 - 616 .

Lochman, J. E. (1992). Cognitive behavior intervention with aggressive boys: Three - year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60(3), PP. 426 - 432.

Lochman, J. E. (2006). Translation of research into interventions. *International Journal of Behavioral Development*, Vol. 30(1), PP. 31 - 38.

Lochman, J. E. ; Barry, T. D., & Pardini, D. A. (2003) . Anger control training for aggressive youth. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence - based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 263 - 281). New York : Guilford Press .

Lochman, J. E. ; Nelson, W. M., & Sims, J. P. (1981) . A cognitive behavioral program for use with aggressive children. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 10(3), PP. 146 - 148.

Lochman, J. E., & Pardini, D. A. (2008). Cognitive behavioral therapies. In M. Rutter ; D. Bishop ; D. Pine ; S. Scott ; J. Stevenson ; E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 1026 - 1045). London: Blackwell Publishing.

Loeber, R. ; Burke, J. D. ; Lahey B. B. ; Winters A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the post 10 years, part 1. *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 39(12), PP. 1468-1484.

Loeber, R. ; Burke, J. D., & Lahey B. B. (2002). What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder?. *Criminal Behavior and Mental Health, Vol.12(1), PP. 24 - 36.*

Loeber, R. ; Burke, J.D. ; Lahey, J. B. ; Winters, A., & Zera, M. (2000) . Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.39(12), PP. 1468 - 1484 .*

Loeber, R. ; Keenan, K. ; Lahey, B. ; Green, S., & Thomas, C. (1993) . Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 21(4), PP. 377 - 410 .*

Loeber, R. ; Pardini, D. A. ; Stouthamer-Loeber, M., & Eaine, A. (2007). Do cognitive, physiological, and psychosocial risk and promotive factors predict desistance from delinquency in males?. *Development and Psychopathology, Vol. 19(3), PP. 867 - 887.*

Loeber, R., & Coie, E. (2004) . Continuities and discontinuities of development, with particular emphasis on emotional and cognitive components of disruptive behavior . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence (pp.379-407)*. Cambridge : Cambridge University Press .

Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime : Epidemiology, developmental

origins, risk factors, early interventions, and policy implications . *Developmental Psychopathology*, Vol. 12(4), PP. 737 - 762.

Loeber, R., & Hay, D. F. (1996) . Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood . *Annual Review of Psychology*, Vol. 48(1), PP. 371 - 410 .

Loeber, R., & Keenan, K. (1994) . Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions : Effects of age and gender . *Clinical Psychology Review*, Vol. 14(6), PP. 497 - 523 .

Loney, B. R. ; Taylor, J. ; Butler, M. A., & Iacono, W. G. (2007). Adolescent psychopathy features: 6-year temporal stability and the prediction of externalizing symptoms during the transition to adulthood. *Aggressive Behavior*, Vol. 33(3), PP. 242 - 252.

Lynam, D. ; Moffitt, T. E., & Stouthamer - Loeber, J. (1993) . Explaining the relation between IQ and delinquency: Race, class, test motivation, school failure, or self control . *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 102(2), PP. 187 - 196 .

Lynam, D. R. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 116(1), PP. 155-165.

Lynam, D. R. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Wikstrom, P. H. ; Loeber, R., & Novak, S. (2000) . The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending : The effects of impulsivity are stronger

in poorer neighborhoods . *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.109(4), PP. 563 - 574 .

Lynam, D., & Henry, B. (2001) . The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 235 - 263) . Cambridge : Cambridge University Press .

Lynam, D., & Henry, B. (2004) . The role of neuropsychological deficits in conduct disorder . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 230 - 263) . Cambridge : Cambridge University Press .

Mabe, A. (2003) . Parent management training and the treatment of conduct disorder . *Journal of Forensic Psychology Practice*, Vol. 3(4), PP. 61 - 72 .

MacBrayer, E. K . ; Milich, R., & Hundley, M . (2003). Attributional biases in aggressive children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 112(4). PP. 698 - 708.

Mannuzza, S. ; Klein, R. G. ; Abikoff, H., & Moulton, I. (2004) . Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD : A prospective follow - up study . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 32 (5), PP. 565 - 573 .

Marmorstein, N. R. (2001) . The co-occurrence of major depression and conduct disorder in adolescents. *Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota* .

Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2001) . An investigation

- of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 40 (3), PP. 299 - 306 .
- Mash, C. J., & Wolfe, D. A. (2007) . *Abnormal child psychology* (3rd ed.) . Belmont : Thomson Wadsworth.
- Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood* . Wiley-Blackwell : John Wiley & Sons .
- Matthys, W. ; Van Goozen, H. M. ; Snoek, H., & Van Engeland, H. (2004) . Response perseveration, and sensitivity to reward and punishment in boys with oppositional defiant disorder . *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 13 (6), PP. 362 - 364 .
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. New York: Wiley-Blackwell.
- Maughan, B. (2004) . Conduct disorder in context . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence* (pp. 169 - 201) . Cambridge : Cambridge University Press .
- Maughan, B. ; Pickles, A. ; Hagell, A. ; Rutter, M., & Yule, W.(1996). Reading problems and antisocial behavior: Developmental trends in comorbidity . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 37(4), PP. 405 - 418 .
- Maughan, B. ; Pickles, A. ; Rowe, R. ; Costello, E. J., & Angold, A. (2000) . Developmental trajectories of aggressive and non-aggressive conduct problems . *Journal of Quantitative Criminology*, Vol. 16(2),

PP. 199 - 221 .

Maughan, B. ; Rowe, R. ; Messer, J. ; Goodman, R., & Meltzer, H. (2004) . Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample : Developmental epidemiology . *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, Vol. 45(30, PP. 609 - 621 .

Maughan, B., & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 507-552) . New York : Wiley - Blackwell .

McBurnett, K. ; Lahey B. B. ; Rathour, P., & Loeber, R. (2000) . Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior . *Archives of General Psychiatry*, Vol. 57(1), PP. 38 - 43 .

McBurnett, K. ; Lahey, B. B. ; Frick, P. J. ; Risch, C. ; Loeber, R. ; Hart, E.L. et al. (1991) . Anxiety inhibition and conduct disorders in children II : Relation to salivary cortisol . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 30(2), PP. 192 - 196 .

McCarton, C. M. ; McGee, R., & Infant Health and Development Program Research Group (1997) . Results at age 8 years of early intervention for low birth weight premature infants . *Journal of the American Medical Association*, Vol. 277(2), PP. 126 - 132 .

McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998) . Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (2nd ed., pp. 111-207) . New York : Guilford Press .

- Meichenbaum, D. H. (1977) . *Cognitive behavior modification: An integrative approach* . New York: Plenum Press .
- Meltzer, H. ; Gatward, R. ; Goodman, R., & Ford, T. (2000). *Mental health of children and adolescents in great Britain* . London : The Stationery Office .
- Miller, B. G. (2006) . Conduct disorder a neurobiological, biopsychosocial, and psychological perspective : A critical review of the literature . *Unpublished doctoral dissertation, Alliant International University, San Francisco* .
- Miller, G. F., & Prinz, R. J. (1990) . Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder . *Psychological Bulletin, Vol. 108(2), PP. 291- 307* .
- Miller, J. D. ; Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003) . Examining antisocial behavior through the lens of the five factor model of personality . *Aggressive Behavior, Vol. 29(6), PP. 497 - 514*.
- Miller, R. F. (2005) . Parent - child relationship factors associated with the diagnosis of oppositional defiant disorder . *Unpublished doctoral dissertation, Capella University* .
- Miller-Johnson, S. ; Coie, J. D. ; Maumary - Gremaud, A. ; Bierman, K., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.30(3), PP. 217 - 230*.
- Moffit, T. E. (1993). Adolescent limited and life-course-

persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy . *Psychological Review*, Vol. 100(4), PP. 674 - 701.

Moffitt, T. E. (2003). Life-course persistent and adolescence limited antisocial behavior: A 10-year research review and research agenda. In B. B. Lahey; T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and Juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York: The Guilford Press.

Moffitt, T. E. (2006). Life-course persistent versus adolescence limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (Vol.3, 2nd ed. pp. 570-598)*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Moffitt, T. E. ; Caspi, A.; Harrington, H., & Milne, B. J. (2002) . Males on the life-course - persistent and adolescent - limited antisocial pathways : Follow - up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, Vol. 14(1), PP. 179 - 207.

Moffitt, T. E. ; Arseneault, L. ; Jaffee, S. R. ; Kim-Cohen, J. ; Koenen, K. C. ; Odgers, C. L. ; Slutske, W. S., et al. (2008). Research review: DSM-V conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, Vol. 49 (1), PP.3 - 33.

Moffitt, T. E. ; Brammer, G. L. ; Caspi, A. ; Fawcett, J. P. ; Raleigh, M. ; Yuwiler, A., & Silva, P.A. (1998) . Whole blood serotonin relates to violence in an epidemiological study . *Biological Psychiatry*, Vol. 43(6), PP. 446 - 457 .

Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Rutter, M., & Silva, P. A. (2001) . *Sex*

differences in antisocial behavior : Conduct disorder, delinquency and violence in the dunedin longitudinal study. Cambridge, England : Cambridge University Press.

Moffitt, T. E. ; Caspi, A., ; Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development Psychopathology*, Vol.14(1), PP. 179 - 207.

Moffitt, T. E. ; Lynam, D., & Silva, P. A. (1994) . Neuropsychological tests predict persistent male delinquency . *Criminology*, Vol. 32, PP. 101 - 124 .

Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology*, Vol. 13(2), PP. 355 - 375.

Moffitt, T. E., & Lynam, D. R. (1994) . The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: Implications for understanding antisocial behavior. In D. Fowles ; P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and antisocial personality: A developmental perspective* (Vol. 18, pp. 233 - 262) . New York : Springer .

Morrissey-kane, E., & Prinz, R. J. (1999) . Engagement in child and adolescent : The role of parental cognition and attributions . *Clinical Child and Family Psychology*, Vol. 2(3), PP. 183 - 198 .

Munoz, L. C., & Frick, P. J. (2007). The reliability, stability, and predictive utility of the self-report version of the antisocial process screening device. *Scandinavian*

Journal of Psychology, Vol. 48(4), PP. 299 - 312.

- Nadder, T. S. ; Rutter, M. ; Silberg, J. L. ; Maes, H. H., & Eaves, L. J. (2002). Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder / conduct disorder symptomatologies across informant and occasion of measurement . *Psychological Medicine, Vol. 32(1), PP. 39 - 53 .*
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school . *Archives of General Psychiatry, Vol. 58(4), PP. 389 - 394 .*
- Nevid, J. S. ; Rathus, S. A., & Greene, B. (2008). *Abnormal psychology in a changing world (7th ed.)*. New Jersey : Pearson Prentice Hall .
- Nolen - Hoeksema, S. (2007) . *Abnormal psychology (4th ed.)*. New York : McGraw Hill .
- Nottelman, E. D., & Jensen, P. S. (1995) . Comorbidity of disorders in children and adolescents : Developmental perspectives . In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol.17, pp.109 - 125)*. New York : Plenum.
- Odgers, C. L. ; Caspi, A. ; Brodbent, J. M. ; Dickson, N. ; Hancox, R. J.; Harrington, H. ; Poulton, R., et al. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry, Vol. 64(4), PP. 476 - 484.*

- Odgers, C. L., & Moretti, M. M. (2002) . Aggressive and antisocial girls : Research update and challenges . *International Journal of Forensic Mental Health Services, Vol. 1(2), PP. 103 - 119 .*
- Odgers, D. L. ; Moffitt, T. E. ; Broadbent, J. M. ; Dickson, N.T ; Hancox, R. J. ; Harrington, H. ; Poulton, R., et al. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development Psychopathology, Vol.20(2), PP. 673 - 716.*
- Offord, D. (1987) . Prevention of behavioral and emotional disorders in children . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 28(1), PP. 9 - 19 .*
- Offord, D. (1990) . Conduct disorder : Risk factors and prevention. In D. P. Shaffer & N. Enzer (Eds.), *Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents (pp. 273 - 297)*. Rockville (MD) : United States Department of Health and Human Services .
- Offord, D. R., & Bennett, K. J. (1994). Conduct disorder : Long - term outcomes and intervention effectiveness . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33(8), PP. 1069 - 1078 .*
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005) . Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder . *Child Psychiatry and Human development, Vol. 35(4), PP. 359 - 381.*
- Olson, S. L. ; Bates, J. E. ; Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing

behavior in middle childhood and adolescence.
Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.28(2),
PP.119 - 133.

- Olvera, R. L. ; Semrud - Clikeman, M. ; Pliszka, S. R., & O'Donnell, L. (2005) . Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder : A pilot Study . *Bipolar Disorders*, Vol. 7(1), PP. 57 - 67 .
- Olweus, D. (1993). Bully/victim problems among school children: Long-term consequences and an effective intervention program. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime* (pp. 317 - 349). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Olweus, D. (1995) . Bullying or peer abuse at school: Facts and intervention . *Current Directions in psychological Science*, Vol. 4(6), PP. 196 - 200 .
- Olweus, D. (2003) . Social problems in school. In A. Slater & G. Bremner (Eds.), *An introduction to developmental psychology* (pp. 434 - 454) . Malden, MA : Blackwell Publishers .
- O'Reilly, D. (2005). *Conduct disorder and behavioral parent training : Research and practice* . London : Jessica Kingsley Publishers .
- Pagani, L. ; Boulerice, B. ; Vitaro, F., & Tremblay, R. F. (1999) . Effects of poverty on academic failure and delinquency in boys : A change and process model approach . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40(8), PP. 1209 - 1219 .
- Pardini, D. ; Stepp, S. : Hipwell, A. : Stouthamer-Loeber, M., & Loeher, R. (2012). The clinical utility of the

proposed DSM-5 callous-unemotional subtype of conduct disorder in young girls. *American Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol.51(1), PP. 62 - 73.

Pardini, D. A. ; Lochman, J. E., & Frick, P. J. (2003). Callous unemotional traits and social cognitive processes in adjudicated youth. *Journal of the American Academy of Child of Adolescent Psychiatry*, Vol.42(3), PP. 364 - 371.

Pardini, D. A. ; Lochman, J. E., & Powell, N. (2007). The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children : Are there shared and / or unique predictors ?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 36 (3), PP. 319 - 333.

Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Interpersonal callousness trajectories across adolescence : Early social influences and adult outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 35(2), PP. 173 - 196.

Patrick, C. J. (2006). Back to the future: Cleckley as a guide to the next generation of psychopathy research. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathology* (pp. 605 - 618). New York: The Guilford Press.

Patterson, G. R. (1986) . Performance models for antisocial boys . *American Psychologist*, Vol. 41(4), PP. 432 - 444.

Patterson, G. R. (1996) . Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In M. F. Lenzen - Weger & J. J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology* (pp. 81 - 124) . New York :

Oxford University Press .

- Patterson, G. R. ; DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989) .
A developmental perspective on antisocial
behavior . *American Psychology*, Vol. 44(2), PP.
329 - 335 .
- Patterson, G. R. ; DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000).
Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or
two points in the same process?. *Development and
Psychopathology*, Vol. 12(1), PP. 91 - 106.
- Patterson, G. R. ; Kapaldi, D. M., & Bank, L. (1991) . An early
starter model predicting delinquency. In D. J.
Pepler & K. A. Rubin (Eds.), *The development and
treatment of childhood aggression* (pp.139 - 168) .
Hillsdale, N J : Lawrence Erlbaum Associates .
- Patterson, G. R. ; Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992) . *Antisocial
boys* . Eugene, OR: Castalia .
- Paul, C. ; Fitzjohn, J. ; Herbison, P., & Dickson, N. (2000) . The
determinants of sexual intercourse before age 16 .
Journal of Adolescent Health, Vol. 27(2), PP. 136 -
147 .
- Pavuluri, M. N. ; Luk, S. L. ; Clarkson, J., & McGee, R. (1995) .
A community study of preschool behavior disorder
in New Zealand . *Australian and New Zealand
Journal of Psychiatry*, Vol. 29(3), PP. 454 - 462 .
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996) . Executive functions
and developmental psychopathology. *Journal of
Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 37(1), PP.
51- 87.
- Pettit, G. F. ; Polaha, J. A., & Mize, J. (2001) . Perceptual and

attributional processes in aggression and conduct problems. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 292 - 319) . Cambridge : Cambridge University Press .

Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2003) . Violent children : Bridging development, intervention, and public policy . *Developmental Psychology*, Vol. 39(2), PP. 187 - 188 .

Pine, D. S. ; Cohen, E. ; Cohen, P., & Brooke, J. S. (2000) . Social phobia and the persistence of conduct problems . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41(5), PP. 657 - 665 .

Plomin, R. (1994) . *Genetics and experience : The interplay between nature and nurture* . Thousand Oaks, CA : Sage .

Poythress, N. G. ; Douglas, K. S. ; Falkenbach, D. ; Cruise, K. ; Lee, Z. ; Murrie, D. C., & Vitacco, M. (2006). Internal consistency reliability of the self-report antisocial process screening device. *Assessment*, Vol.13(1), PP. 107-113.

Prick, P. J. ; Cornell, A. H. ; Bodin, S D. ; Dane, H. E. ; Barry, C. T., & Loney, B. R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, Vol. 39(2), PP. 246 - 260.

Radu, I. (2009) . Conduct disorder and its relationship to oppositional defiant disorder factors contributing to their development . *Unpublished doctoral dissertation, University of Hartford* .

Raine, A. (2002a) . Biosocial studies of antisocial and violent

behavior in children and adults : A review .
Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30(4),
PP. 311 - 326 .

Raine, A. (2002b) . Annotation: The role of prefrontal deficits
low autonomic arousal and early health factors in
the development of antisocial and aggressive
behavior in children . *Journal of Child Psychology,
and Psychiatry*, Vol. 43(4), PP. 417 - 434 .

Raine, A. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Loeber, R. ; Stouthamer-
Loeber, M., & Lyman, D. (2005). Neurocognitive
impairments in boys on the life course persistent
antisocial path. *Journal of Abnormal Psychology*,
Vol. 114(1), PP. 38 - 49.

Realmuto, G. M. ; August, C. J., & Egan, E. A. (20004) . Testing
the goodness of fit of a multifaceted preventive
intervention for children at risk for conduct
disorder . *The Canadian Journal of Psychiatry*,
Vol. 49 (11), PP. 743 - 752 .

Reid, M. J. ; Webster-Stratton, C. & Baydar, N. (2004) . Halting
the development of conduct problems in Head start
children : The effects of parent training. *Journal
of Clinical Child Psychology, and Psychiatry*, Vol.
33 (2), PP. 279 - 291.

Richman, M. ; Stevenson, J., & Graham, P. J. (1982). *Preschool
to school: A behavioral study*. London: UK:
Academic Press.

Rine, A. ; Brennan, P. ; Mednick, B., & Mednick, S. (1996) .
High rates of violence, crime, academic problems
and behavioral problems in males with both early
neuromotor deficits and unstable family
environments . *Archives of General Psychiatry*,

Vol. 53(6), PP. 544 - 549 .

- Robins, L. N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 32(1), PP. 193 - 212 .
- Rodkin, P. C. ; Farmer, T. W., & Van Acker, R. (2000) . Heterogeneity of popular boys: Antisocial and prosocial configurations . *Developmental Psychology*, Vol. 36(1), PP. 14 - 24 .
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000) . Schooling and mental health . In A. J. Sameroff ; M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology (2nd ed., pp. 135 - 156)* . New York : Kluwer Academic / Plenum Press .
- Rohde, P. ; Clarke, G. N. ; Mace, D. E. ; Jorgensen, J. S., & Seeley, J. R. (2004) . An efficacy / effectiveness study of cognitive behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 43 (6), PP. 660 - 668 .
- Rowe, R. : Maughan, B. ; Costello, J. E., & Angold, A. (2005) . Defining oppositional defiant disorder . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 46 (12), PP. 1309 - 1316 .
- Rowe, R. ; Maughan, B. ; Moran, P. ; Ford, T. ; Briskman, J., & Goodman, R. (2009). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 51(6), PP. 688 - 695.
- Rowe, R. ; Maughan, B. ; Worthman, C.M. ; Costello, E. J., &

- Angold, A. (2004) . Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys : Pubertal development and biosocial interaction . *Biological Psychiatry*, Vol. 55(5), PP. 546 - 552 .
- Rowland, M. D. ; Henggeler, S. W. ; Gordon, A. M. ; Pickrel, S. G. ; Gunningham, P. B., & Edwards, J. E. (2000) . Adapting multisystemic therapy to serve youth presenting psychiatric emergencies : Two case studies . *Child Psychology and Psychiatry Review*, Vol. 5(1), PP. 30 - 43.
- Rutter, M. (1997) . Antisocial behavior : Developmental psychopathology perspectives. In D. M. Stoff ; I. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial personality disorder* (pp. 115 - 124) . New York : Wiley .
- Rutter, M. (2003) . Commentary : Causal processes leading to antisocial behavior . *Developmental Psychology*, Vol. 39(2), PP. 372 - 378 .
- Rutter, M. (2004) . Conduct disorder : Future directions . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp.553-572). Cambridge : Cambridge University Press .
- Rutter, M. ; Giller, H., & Hagell, A. (1998) . *Antisocial behavior by young people* . New York : Cambridge University Press .
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006) . *Abnormal psychology : The problem of maladaptive behavior* (11th ed.) . New Delhi : Prentice - Hall of India .
- Sarnes, G. M. ; Farrell, M. P., & Windle, M. (1990) . Parent-adolescent interactions in the development of

alcohol abuse and other deviant behaviors . In B. K. Barber ; B. C. Rollins (Eds.), *Parent adolescent relationships* (pp. 121 - 142) . New York : University Press .

Searight, R. H. ; Rottnek, F., & Abby, S. L. (2001). Conduct disorder : Diagnosis and treatment in primary care . *American Family Physician*, Vol. 63 (8), PP. 1579 - 1588 .

Sege, R., & Dietz, W. (1994) . Television viewing and violence in children : The pediatrician as agent for change . *Pediatrics*, Vol. 94(4 pt2), PP. 600 - 607 .

Seguin, J. R. ; Boulerice, B. ; Harden, P. W. ; Tremblay, R. E., & Pihl, R. O. (1999) . Executive functions and physical aggression after controlling for attention deficit hyperactivity disorder, general memory and IQ . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40(8)., PP. 1197 - 1208 .

Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996) . The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children : A meta analysis . *Behavior Therapy*, Vol. 27(2), PP. 171 - 186 .

Shaffer, D. ; Gould, M. ; Fisher, P. ; Trautman, P. ; Moreau, D. ; Kleinman, M., & Flory, M. (1996) . Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide . *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53(4), PP. 339 - 348 .

Shaw, D. S. (2013). Future directions for research on the development and prevention of early conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol.42(3), PP. 418 - 428.

Shaw, D. S. ; Hyde, L. W., & Brennan, L. M., (2012). Early

- predictors of boys' antisocial trajectories. *Development and Psychopathology*, Vol.24(3), PP. 871-888.
- Shaw, D. S. ; Owens, E. B. ; Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 40(1), PP. 36 - 43.
- Shaw, D. S., & Gross, H. E. (2008). What we have learned about early childhood and the development of delinquency : In A. M. Lieberman (Ed.) *The long view of crime: A Synthesis of longitudinal research* (pp. 79 -127). New York: Springer.
- Shaw, D. S., & Vondra, J. I. (1995) .Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems : A longitudinal study of low - income families . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 23(3), PP. 335 - 357 .
- Silberg J. ; Rutter, M. ; Meyer, J. ; Moes, H. ; Hewitt, J. ; Simonoff, E. ; Pickles, A., et al. (1996) . Genetic and environmental influences on the covariation between hyperactivity and conduct disturbance in juvenile twins . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 37(7)., PP. 803 - 816 .
- Silberg, J. ; Rutter, M. ; D'onofrio, B. ; Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 44(5), PP. 664 - 676 .
- Silverthorn, P., & Frick, P. (1999) . Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed - onset pathway in girls . *Development and Psychopathology*, Vol.

11(1), PP. 101 - 126 .

- Simonoff, E. (2004) . Genetic influences on conduct disorder .
In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 202 - 234) . Cambridge : Cambridge University Press .
- Simonoff, E. (2001). Gene-environment interplay in oppositional defiant and conduct disorder. *Child and Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 10(2), PP. 351-374 .
- Smith, C. A., & Farrington, D. P. (2004) . Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 45(2), PP. 230 - 247.
- Smith, P. K. ; Morita, Y. ; Junger - Tas, J. ; Olweus, D. ; Catalano, R. F., & Slee, P. (Eds.). (1999) . *The nature of school bullying : A cross - national perspective* . London : Routledge .
- Smith, S. W. ; Lochman, J. E., & Daunic, A. P. (2005). Managing aggression using cognitive-behavioral interventions: State of the practice and future directions. *Behavior Disorders*, Vol. 30(3), PP. 227 - 240.
- Solomon, D. ; Battistich, V. ; Watson, M. ; Schaps, E., & Lewis, C. (2000). A six-district study of educational change: Direct and mediated effects of the child development project. *Social Psychology of Education*, Vol. 4(1), PP. 3.- 51.
- Spain, S. E. ; Douglas, K. S. ; Poythress, N. G., & Epstein, M. (2004). The relationship between psychopathic features, violence, and treatment outcome : The comparison of three measures of psychopathic

features. *Behavior Science & Law*, Vol.22(1), PP. 85 - 102.

Speltz, M. L. ; Deklyen, M. ; Colderon, R. ; Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999) . Neuropsychological characteristics and test behaviors of boys with early onset conduct problems . *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108(2), PP. 315 - 325 .

Spitzer, R. L. ; Gibbon, M. ; Skodol, A. E. ; Williams, J. B. W., & First, M. G. (1989) . *DSM - III - R casebook* . Washington DC: American Psychiatric Press.

Stouthamer - Loeber M. ; Loeber, R. ; Homish, D., & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior . *Development & Psychopathology*, Vol. 13(4), PP. 941 - 955 .

Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 48(4), PP. 404 - 412.

Sutker, P. B. (1994) . Psychopathy : Traditional and clinical antisocial concepts . In D. C. Fowles ; P. Sutker & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research* (pp. 73 - 120). New York : Springer .

Tate, D. C. ; Reppucci, N. D., & Mulvey, E. P. (1995) . Violent juvenile delinquents : Treatment effectiveness and implications for action . *American Psychologist*, Vol. 50(9), PP. 777 - 781.

Taub, J. (2001). Evaluation of the second step violence

prevention program at a rural elementary school.
School Psychology Review, Vol. 31(2), PP.186 - 200.

Taylor, J. ; Jacono, W. G., & McGue M. (2000) . Evidence for a genetic etiology of early-onset delinquency .
Journal of Abnormal Psychology, Vol. 109(4), PP. 634 - 643 .

Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers.
Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 1(1), PP. 41- 60.

Tervo, R. (2005) . Conduct disorder among Canadian children 10 - 15 years old . *Unpublished doctoral dissertation, University of New Brunswick .*

Thomson, M. J; Stevenson, J. ; Sonuga - Barke, E., & Nott, P. (1996) . Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population : I. Prevalence and ecological factors . *British Journal of Psychiatry, Vol. 168, PP. 16 - 20 .*

Tiet, Q. Q. ; Wasserman, G. A., ; Loeber, R. ; McReynolds, L. S., & Miller, L. S. (2001) . Developmental and sex differences in types of conduct problems . *Journal of Child & Family Studies, Vol. 10(2), PP. 181 - 197 .*

Tingstrom, D. H. ; Sterling - Turner, H. E., & Wilczynski, S, M. (2006) . The good behavior game : 1969 - 2002 .
Behavior Modification, Vol. 30(2), PP. 225 - 253 .

Todd, A. W. ; Haugen, L. ; Anderson, K., & Spriggs, M. (2002). Teaching recess: Low-cost efforts producing

effective results. *Journal of Positive Behavior Interventions*, Vol. 4(1), PP. 46 - 52.

- Todd, R. D. ; Swarzenski, B. ; Crossi, P. G., & Visconti, P. (1995) . Structural and functional development of the human brain. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol.1, pp.117 - 157). New York: Wiley.
- Tolan, P. H. ; Gorman - Smith, D., & Henry, D. B. (2003) . The developmental ecology of urban males' youth violence . *Developmental Psychology*, Vol. 39(2), PP. 274 - 291.
- Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (1997) . Families and the development of urban children. In O. Reyes ; H. Walberg & R. Weissberg (Eds.), *Interdisciplinary perspectives on children and youth* (pp. 67-91). Newbury Park (NJ) : Sage .
- Tolan, P. H., & Thomas, P. (1995) . The implications of age of onset for delinquency risk II: Longitudinal data . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 23(2), PP. 157 - 181.
- Toupin, J. ; Dery, M. ; Pauze, R. ; Mercier, H., & Fortin, L. (2000) . Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41(3), PP. 333 - 344.
- Tremblay R. E., ; Kurtz L. ; Masse, L. C. ; Vitaro, F. & Pihl, R. O. (1995 a) . A bimodal prevention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63(4), PP. 560 - 568 .

- Tremblay R. E. ; Masse, L. C. ; Vitaro, F., & Dobkin, P. L. (1995b) . The impact of friends deviant behavior on early onset of delinquency : Longitudinal data from 6 to 13 years of age. *Development and Psychopathology, Vol. 7, PP. 649 - 668* .
- Tremblay, R. E. (2000) . The development of aggressive behavior during childhood : What have we learned in the past century ? . *International Journal of Behavioral Development, Vol. 24(2), PP.129 - 141* .
- True, W. R. ; Heath, A. C. ; Scherrer, J. F. ; Xiam, H. ; Lin, N. ; Eisen, S. A., et al. (1999) . Interrelationship of genetic and environmental influences on conduct disorder and alcohol and marijuana dependence symptoms . *American Journal of Medicine Genetic, Vol. 88(4), PP. 391 - 397* .
- Underwood, M. K. (2003) . *Social aggression among girls* . New York : Guilford Press .
- Van der Meere, J. ; Marzocchi, G., & DeMeo, T. (2005) . Response inhibition and attention deficit hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder screened from a community sample . *Developmental Neuropsychology, Vol. 28(1), PP. 459 - 472* .
- Van der Vlugt, H. ; Pijnenburg, H. M. ; Wels, P. M. A., & Koning, A. (1995) . Cognitive behavior modification of ADHD: A family system approach. In P. J. Henck ; H. P. van Bilsen ; P. C. Kendall & J. H. Slavenburg (Eds.), *Behavioral approaches for children and adolescents: Challenges for the next century (pp. 65 - 75)* . New York: Plenum Press.
- Vitaro, F. ; Brendgan, M., & Tremblay, R. E. (2000) . Influence

of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 28(4), PP. 313 - 325 .

Vitaro, F. ; Tremblay, R., & Bukowski, W. M. (2001) . Friends, friendships and conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 346 - 376). Cambridge : Cambridge University Press .

Waddell, C. ; Lipman, E., & Offord, D. (1999) . Conduct disorder: Practice parameters for assessment, treatment, and prevention . *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 44 (2), PP. 35 - 42.

Walker, H. M. ; Colvin, G., & Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school : Strategies and best practices*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.

Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive impulsive attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, Vol. 128(1), PP. 118 -150.

Waschbusch, D. A. ; Carrey, N. J. ; Willoughby, M. T. ; King, S., & Andrade, B. F. (2007) . Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorder : The moderating role of callous – unemotional traits . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 36 (4), PP. 629 - 644.

Webster-Stratton, C. (1990) . Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school . *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 19(2), PP. 144 - 149 .

- Webster-Stratton, C. (1996) . Early-onset conduct problems : Does gender make a difference ? . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64(3), PP. 450 - 551.
- Webster-Stratton, C. ; Reid, J. M., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol.30(3), PP. 283 - 302.
- Webster-Stratton, C. ; Reid, J. M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high - risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol.49(5), PP. 471 - 488.
- Webster-Stratton, C. ; Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits ? . *Journal of Clinical Psychology, and Psychiatry*, Vol. 42(7), PP. 943 - 952.
- Webster-Stratton, C. ; Reid, M. J., & Hammond, M. (2004) . Treating children with early-onset conduct problems : Intervention outcomes for parent, child, and teacher training . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 33(1), PP. 105 - 124 .
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early - onset conduct problems : A comparison of child and parent training intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65(1), PP. 93 - 109.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct

problems and level of social competence in Head Start children : prevalence, pervasiveness and associated risk factors . *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review*, Vol. 1(2), PP. 101 - 124 .

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early - onset conduct problems: A comparison of child and parent training intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65(1), PP. 93 - 109.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: prevalence, pervasiveness and associated risk factors. *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review*, Vol. 1(2), PP. 101 - 124 .

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1999) . Marital conflict management skills parenting style, and early-onset conduct problems : Processes and pathways . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40(6), PP. 917 - 928 .

Webster-Stratton, C., & Hancock, I. (1997) . Training parents of young children with conduct problems, content, methods, and therapeutic processes . In J. M. Briesmeister & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (2nded. pp. 98 - 152). New York : Wiley .

Webster-Stratton, C., & Lindsay, D. W. (1999). Social competence and early-onset conduct problems: Issues in assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 28(1), PP. 25 - 43.

- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003a) . The incredible years parents, teachers, and children training series : A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems . In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 224 - 249). New York : Guilford .
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003b). Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children: The Dina Dinosaur treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, Vol. 11(3), PP. 130 -143.
- Webster-Stratton, C., & Spitzer, A. (1996) . Parents a young children with conduct problems: New insights using qualitative methods . In T. H. Ollendick & R. S. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol.18, pp.1 - 62). New York : Plenum Press .
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992) . *Overcoming the odds : High risk children from birth to adulthood* . Ithaca NY : Cornell University Press .
- White, S. R. (2006) . Treating conduct disorder in children : An intervention for parents with an emphasis on attachment theory . *Unpublished doctoral dissertation Alliant International University, San Francisco* .
- Winslow, E. B. (1996) . Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavioral problems . *Development and Psychopathology*, Vol. 8(4), PP. 679 - 700 .
- Wolery, M. (2000). Behavioral and educational approaches to

- early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.179 - 203). Washington, DC: National Academy of Press.
- Wolfe, D. A. (1999) . *Child abuse: Implications for child development and psychopathology* . Thousand Oaks, CA : Sage Publications Ltd.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (1999) . Childhood peer relationships problems and psychosocial adjustment in late adolescence . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 27(1), PP. 87 - 104 .
- Woolfenden, S. R. ; Williams, K., & Peat, J. K. (2002) . Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials . *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 86(4), PP. 251 - 256 .
- Wootton, J. M.; Frick, P. J. ; Sheiton, K. K., & Silverthorn, P. (1997) . Ineffective parenting and childhood conduct problems : The moderating role of callous-unemotional traits . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.65(2), PP. 301 - 308 .
- World Health Organization (1992). *The tenth revision of the international classification of diseases and related health problems (ICD -10)*. Geneva : World Health Organization .
- Young, S. (2002). A model of psychotherapy for with ADHD. In S. Goldstein & A. Teeter (Eds.), *Clinical interventions for adult ADHD : A comprehensive approach* (pp. 147 - 163). Harcourt : Academic Press .

- Zingraff, M. T. ; Leiter, J. ; Myers, K. A., & Johnson, M. C. (1993) . Child maltreatment and youthful problem behavior . *Criminology*, Vol. 31(2), PP. 173 - 202 .
- Zoccolillo, M. (1993) . Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, Vol. 5(1-2), PP. 65 - 78 .
- Zoccolillo, M., & Rogers, K. (1991) . Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 30(6), PP. 973 - 981.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
٦	- الإهداء
٨	- مقدمة
٧٢-١٥	الفصل الأول
	مفهوم وخصائص الاضطراب
١٥	- مقدمة
١٧	- تعريف الاضطراب
١٩	- حالة توضيح الاضطراب
٢٨	- اضطراب المسلك المقتصر على الأسرة
٢٨	- اضطراب المسلك المشاع أو المشترك بين الجماعة
٢٨	- اضطراب المسلك غير المشاع أو غير المشترك بين الجماعة
٣٤	- المسارات الإنمائية للاضطراب
٣٤	- النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة
٣٤	- النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة
٣٧	- أعراض الاضطراب
٤٥	- الاضطرابات والأعراض المرضية المصاحبة
٤٧	- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
٤٨	- الاكتئاب والقلق
٥٠	- الحالة المرضية المشتركة

الصفحة	الموضوع
٥٧	- أسئلة المقابلة الشخصية لتقدير اضطراب المسلك
٥٩	- معدلات الانتشار
٦٨	- النوع أو الجنس
٧٠	- تفسير الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع
٧٥ - ١١٥	الفصل الثاني مسار الاضطراب وسياق نموه
٧٥	- مقدمة
٨٦	- مسار الاضطراب
٨٨	- المسار المستمر مدى الحياة
٩٠	- المسار المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة
٩٢	- سياق نمو الاضطراب
٩٢	- الصفات المرتبطة
٩٣	- العجز المعرفي واللفظي
٩٥	- المشكلات المدرسية الخاصة بالتعلم
٩٦	- تدني تقدير الذات
٩٦	- مشكلات الأقران
١٠١	- المشكلات الأسرية
١٠٣	- المشكلات المتعلقة بالصحة
١٠٥	- عوامل المخاطرة
١٠٦	- العوامل المتعلقة بالطفل
١٠٦	- العوامل الوراثية

الموضوع	الصفحة
- العوامل الجسمية	١٠٧
- أوجه العجز المعرفي	١٠٧
- المهارات الاجتماعية الرتيئة	١٠٨
- العوامل المتعلقة بالوالدين	١٠٩
- العوامل البيئية	١١٤
الفصل الثالث	١١٩ - ١٤٧
تشخيص الاضطراب	
- مقدمة	١١٩
- المقابلة الشخصية مع الوالدين	١١٩
- المقابلة الشخصية مع الوالدين	١١٩
- المقابلة الشخصية مع الطفل والمراهق	١٢٢
- المعلومات المستمدة من المدرسة	١٢٣
- المعلومات المستمدة من ضابط المراقبة	١٢٤
- التشخيص الفارق	١٢٦
- التشخيص الرسمي أو المعتمد للاضطراب	١٢٨
- محكات التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية	١٣٢
- القضايا المتعلقة بعملية التشخيص الحالية	١٣٧
- إشعال الحرائق	١٤٠
- المنظورات	١٤٣
- المنظورات من الناحية القانونية	١٤٣

الصفحة	الموضوع
١٤٥	- المنظورات من الناحية السيكلوجية
١٤٦	- المنظورات من الناحية الطب نفسية
١٤٧	- منظور الصحة العامة
١٨٨ - ١٥١	الفصل الرابع أسباب الاضطراب
١٥١	- مقدمة
١٥٦	- أسباب الاضطراب
١٥٦	- الطفل
١٥٦	- الأسرة
١٥٧	- العوامل المرتبطة بالوالدين
١٥٨	- الأقران
١٥٨	- المدرسة
١٥٨	- الجيران والمجتمع
١٥٩	- التنافر أو الخلاف بين الزوجين
١٦٠	- التأثيرات الوراثية
١٦٤	- العوامل المتعلقة بالتغذية ومضاعفات الولادة
١٦٤	- العوامل البيولوجية العصبية
١٦٧	- العوامل المعرفية الاجتماعية
١٦٨	- العوامل الأسرية
١٧٤	- الضغوط النفسية وعدم الاستقرار الأسري
١٧٦	- العوامل المجتمعية

الصفحة	الموضوع
١٧٧	- منطقة الجيرة (الحي) والمدرسة
١٧٨	- وسائل الإعلام
١٨٠	- العوامل الثقافية
١٨٣	- العوامل البيولوجية
١٨٤	- المزاج أو الطبع
١٨٥	- العوامل البيئية
١٨٧	- نقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية
١٩١ - ٢٥٢	الفصل الخامس
	التدخل العلاجي
١٩١	- مقدمة
١٩٦	- الطرائق العلاجية المستخدمة
١٩٦	- تدريب الوالد على إدارة الأسرة
٢٠٧	- التدريب على المهارات الاجتماعية لحل المشكلات
٢١٤	- العلاج الأسري الوظيفي
٢١٦	- العلاج متعدد النظم
٢٢٤	- العلاج الدوائي (العلاج بالعقاقير)
٢٣٤	- العلاج المعرفي
٢٣٧	- التدريب على ضبط الغضب أو السيطرة على الغضب
٢٤١	- التحويل للعلاج التخصصي
٢٤٣	- برامج إدارة الضبط أو التوافق

الصفحة	الموضوع
٢٤٥	- أوجه القصور أو التحديات المتعلقة بطرائق العلاج
٢٥٥ - ٢٩٨	الفصل السادس
	اضطراب العناد والتحدي
٢٥٥	- مقدمة
٢٥٦	- تعريف الاضطراب
٢٥٧	- اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي
٢٥٩	- تشخيص الاضطراب
٢٦٤	- نسبة الانتشار
٢٦٦	- عوامل المخاطرة
٢٦٦	- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة شديدة
٢٦٩	- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة متوسطة
٢٧٢	- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة أقل من المتوسط
٢٧٤	- النتائج الخاصة بالكبار أو الراشدين
٢٧٧	- التكاليف الاجتماعية والاقتصادية
٢٧٩	- عوامل الحماية
٢٨٠	- الإسهامات البيولوجية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي
٢٨٣	- الإسهامات الاجتماعية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي
٢٨٧	- الإسهامات المعرفية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي
٢٨٨	- علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي
٢٨٨	- العلاج الدوائي

الموضوع	الصفحة
- العلاج النفسي والاجتماعي	٢٨٩
- العلاج المعرفي السلوكي	٢٩٠
- إرشاد الوالدين لعمل الاتصالات الواضحة	٢٩٤
- استراتيجيات التعامل مع الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي	٢٩٥
الفصل السابع	٣٠١ - ٣١٢
التدخلات الوقائية	
- مقدمة	٣٠١
- العوامل الوقائية لاضطراب المسلك	٣٠١
- متى يتم التدخل	٣٠٤
- التدخلات الوقائية	٣٠٥
- من الذي يكون هدفاً للتدخل	٣١٠
الفصل الثامن	٣١٥ - ٣٥١
العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي	
- مقدمة	٣١٥
- الأشكال الأولى للعلاج المعرفي السلوكي	٣١٧
- العلاج المعرفي السلوكي المعاصر	٣٢١
- أنشطة للممارسة	٣٢٥
- الأهداف السلوكية والشخصية	٣٢٥
- المهارات التنظيمية والدراسية	٣٢٥
- الوعي بالإثارة والغضب	٣٢٦
- إدارة الغضب وضبط الذات	٣٢٧

الصفحة

الموضوع

- ٣٣٠ - القدرة على رؤية الأشياء وفقاً لعلاقاتها الصحيحة والتعرف على المشكلة
- ٣٣١ - ضغوط الأقران والاشتراك مع الأقران المنحرفين
- ٣٣١ - التدخل في مرحلة ما قبل المدرسة أو في مرحلة الطفولة المبكرة
- ٣٣٢ - لعبة السلوك الجيد
- ٣٣٣ - الارتقاء باستراتيجيات التفكير البديل
- ٣٣٤ - برنامج الخطوة الثانية
- ٣٣٨ - العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة
- ٣٣٨ - التدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة
- ٣٣٨ - مشروع سياتل Seattle للتنمية الاجتماعية
- ٣٣٩ - أوجه دعم السلوك الإيجابي
- ٣٤٠ - برنامج منع البلطجة
- ٣٤١ - مشروع تنمية الطفل
- ٣٤١ - العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة
- ٣٤١ - التدريب على مهارات حل المشكلات
- ٣٤٥ - برنامج التصرف عند الغضب
- ٣٤٧ - التدخل في مرحلة المراهقة المبكرة
- ٣٤٧ - التدريب على المهارات الحياتية
- ٣٤٨ - الاستجابة أو الرد بطرق سلمية وإيجابية
- ٣٤٩ - التنمية الإيجابية للشباب
- ٣٤٩ - مشروع البيئة الانتقالية المدرسية

الصفحة	الموضوع
٣٥٠	- العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة
٣٥٠	- فن ضبط النفس
٣٨٤ - ٣٥٥	الفصل التاسع
	علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي وتقوية الكفاءة النفسية والاجتماعية للأطفال
٣٥٥	- مقدمة
٣٦٧	- أنشطة الممارسة
٣٦٧	- استخدام الدمي في عرض نماذج السلوك الملائم
٣٦٨	- عرض شرائط فيديو تعتمد على النمذجة ولعب الأدوار
٣٦٩	- الكشف عن المشاعر
٣٧٤	- تعليم الأطفال كيف يكونوا ووديين
٣٧٥	- التدريب والإشارات أو الدلائل والتعزيز
٣٧٦	- التعلم واللعب الخيالي
٣٧٧	- زيادة المهارات ورفع مستوى التعميم
٣٧٧	- العلاج الجماعي وإدارة المجموعة
٣٧٩	- تقييم البرنامج
٤٠٦ - ٣٨٧	الفصل العاشر
	الارتباط التنموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
٣٨٧	- مقدمة
٣٨٩	- المعايير التشخيصية

الصفحة	الموضوع
٣٩٠	- معدلات الانتشار
٣٩٤	- المسار النمائي لاضطراب والاضطرابات المعادية للمجتمع
٣٩٦	- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة
٣٩٩	- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة
٤٠١	- عدم التنظيم الانفعالي واضطراب المسلك
٤٠٢	- السمات القاسية غير الانفعالية واضطراب المسلك
٤٣٤ - ٤٠٩	الفصل الحادي عشر
	التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك
٤٠٩	- مقدمة
٤١٢	- مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة المبكرة
٤١٣	- اضطراب المسلك الذي يصاحبه السمات القاسية غير الانفعالية
٤١٥	- اضطراب المسلك المرتبط بسوء التنظيم الانفعالي والسلوكي
٤١٦	- مسار واستقرار المشكلات السلوكية المبكرة
٤١٧	- الاتجاهات المستقبلية للبحوث التي تتناول المسارات الإنمائية للاضطراب
٤١٧	- استخدام طرائق بحث ملائمة بدرجة أكبر
٤١٩	- ربط عوامل الخطورة المعروفة بالمسارات الإنمائية المختلفة
٤٢٠	- توضيح السمات الانفعالية والمعرفية عبر المسارات الإنمائية
٤٢١	- توضيح دور الأسلوب الوالدي عبر مسارات الاضطراب

الموضوع ..	الصفحة
- الاتجاهات المستقبلية في تقدير وتشخيص الاضطراب	٤٢٢
- الاهتمام بتقدير عمر بداية الحدث	٤٢٢
- دمج السمات القاسية غير الانفعالية ضمن معايير التشخيص	٤٢٤
- الاتجاهات المستقبلية في الوقاية والعلاج من الاضطراب	٤٢٧
- ثبت المصطلحات	٤٣٧ - ٤٦١
قائمة المراجع	٤٦٥ - ٥٣٤
- المراجع العربية	٤٦٥
- المراجع الأجنبية	٤٦٦

يعد اضطراب المسلك اضطراباً من بين ثلاثة اضطرابات للسلوك الفوضوي والاضطرابان الآخران هما : اضطراب العناد والتحدى واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فهو يوحى بوجود اضطراب خارجي حاد يتضمن سلوكيات عدوانية خطيرة وسلوكيات مضادة للمجتمع كالقتال أو المشاجرة والقسوة والسرقة بالإكراه والإجبار على ممارسة النشاط الجنسي وإشعال الحرائق والخداع والهروب من المدرسة وغير ذلك من الانتهاكات للقواعد وقد تناولنا في هذا الكتاب مفهوم وخصائص الاضطراب ومسار الاضطراب وسياق نموه وتشخيص الاضطراب وأسبابه والتدخل العلاجي وكذلك اضطراب العناد والتحدى والتدخلات الوقائية وكذلك العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى وكذلك علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى وتعزيز الكفاءة النفسية والاجتماعية للأطفال والارتباط التنموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وأخيراً التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك .

Bibliotheca Alexandrina



1473973

للنشر والتوزيع

دار
السلوك
للنشر والتوزيع